

Influences et impacts de la stigmatisation et la discrimination des infirmières envers les patients portant un stigmate

Une revue de littérature

TRAVAIL EN VUE DE L'OBTENTION DU TITRE DE BACHELOR
OF SCIENCES HES-SO EN SOINS INFIRMIERS

Par

Gingins Sophie

Tavares Da Moura Evelise

Promotion 2010-2013

Sous la direction de : Quinodoz Marie-Noëlle

Haute Ecole de santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 1^{er} juillet 2013

RÉSUMÉ

But : l'objectif premier de ce travail est d'identifier la stigmatisation dans le milieu des soins ainsi que de déterminer les facteurs influençant les comportements de stigmatisation. Dans un deuxième temps, nous identifierons des stratégies aidant les soignants à diminuer voire éviter la stigmatisation.

Méthode : 12 recherches scientifiques ont été sélectionnées dans les banques de données PubMed, Medline ainsi que dans la bibliographie de certains articles trouvés. Ces recherches ont été analysées à l'aide de grilles de lecture critique. Les résultats ont été discutés en lien avec les cadres de référence.

Échantillon : les infirmières et étudiants en soins infirmier en contact avec les patients souffrant de stigmatisation.

Résultats : les résultats ont été catégorisés en 4 thèmes permettant d'identifier l'influence et l'impact de la stigmatisation et de la discrimination des infirmières envers les patients portant un stigmate. Ces résultats ont permis d'effectuer un état des lieux de la stigmatisation dans le milieu des soins, d'identifier les facteurs favorisant la stigmatisation ainsi que les conséquences sur l'état de santé du patient. Le manque de connaissance s'est avéré être le facteur prédominant à la stigmatisation.

Conclusion : Ce travail a permis de mettre en lumière le besoin de développer la formation pratique et théorique sur la stigmatisation dans le milieu des soins.

Mots-clés : quality of health care, stereotyping, attitude of health personnel, nursing, social stigma, prejudice, social welfare.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier notre directrice du travail de Bachelor, Mme Marie-Noëlle Quinodoz, pour le suivi et ses précieux conseils qui nous ont guidés tout au long de l'élaboration du travail.

Nous remercions également Catherine Gingins et Annick Tavares pour la relecture du travail ainsi que pour le temps consacré aux corrections.

Enfin, nous remercions toute notre famille et entourage pour leur soutien.

TABLE DE MATIÈRES

INTRODUCTION	7
1 PROBLÉMATIQUE	8
2 CADRE DE RÉFÉRENCE.....	10
2.1 Les représentations sociales	10
2.2 Les préjugés et les stéréotypes	11
2.3 La discrimination.....	11
2.4 La stigmatisation.....	11
2.4.1 Processus de stigmatisation	12
2.4.2 Modèle de stigmatisation liée à la santé	14
2.5 L'éthique infirmière	14
2.5.1 Le principe de la bienfaisance :	15
2.5.2 Le principe de la non-malfaisance	16
2.5.3 Le principe de justice :	16
2.5.4 Le principe d'autonomie :	16
2.6 Le rôle infirmier	17
3 LA QUESTION DE RECHERCHE	19
4 LES BUTS POURSUIVIS.....	20
5 MÉTHODOLOGIE.....	21
5.1 Argumentation du choix de devis	21
5.2 Description des étapes suivies	21
5.3 Les mots-clés :	22
5.4 Critères d'inclusion et d'exclusion	22
5.5 Stratégies de recherche.....	22
5.5.1 Stratégie 1	22
5.5.2 Stratégie 2	23
5.5.3 Stratégie 3	23
5.5.4 Stratégie 4	24
5.5.5 Stratégie 5	24

5.5.6	Stratégie 6	24
5.5.7	Stratégie 7	24
5.5.8	Stratégie 8	25
6	RÉSULTATS	26
6.1	états des lieux de la stigmatisation	27
6.1.1	Stigmatisation par types de professions	27
6.1.2	Les types de discriminations.....	28
6.1.3	Représentations dans la profession infirmière	30
6.2	Facteurs favorisant les attitudes discriminatoires	30
6.2.1	Le manque de connaissances et compétences	30
6.2.2	Les caractéristiques des patients favorisant la stigmatisation	32
6.2.3	Émotions des soignants.....	33
6.2.4	Conséquences liées aux patients	34
6.2.5	Conséquences liées aux infirmières	35
6.3	Stratégies pour éviter la stigmatisation	35
7	DISCUSSION	38
7.1	Synthèse des principaux résultats	38
7.2	Regard critique des études.....	39
7.3	Discussion des résultats en lien avec les cadres de référence	40
7.3.1	Stigmatisation et soins infirmiers	40
7.3.2	Le changement des représentations sociales	41
7.3.3	L'éthique et la stigmatisation.....	42
7.3.4	Le déni de la stigmatisation	42
7.4	Réponse aux questions de recherche.....	43
7.5	Points forts et limites de notre revue de littérature étoffée	44
8	PERSPECTIVES	46
8.1	Implications et recommandations pour la pratique	46
8.2	Recherches ultérieures.....	46
	BIBLIOGRAPHIE	48

INTRODUCTION

Durant nos stages, nous rencontrons divers patients avec leurs propres caractéristiques telles que leur âge, leur origine, leur niveau social, leur culture ou encore leur pathologie. Nous avons pu constater des différences de prise en charge entre les patients. Par exemple, lors d'un stage en soins aigus, les infirmières avaient de la difficulté à prodiguer des soins à un patient. Il était en attente de jugement pour conduite en état d'ivresse qui a eu des répercussions fatales sur la vie d'un père de famille. Un deuxième exemple vient appuyer cette différence de prise en charge. Lors de soins à un patient sidéen, les infirmières donnaient des recommandations à l'une d'entre nous telles que : « fais bien attention », « protège-toi bien », « t'es sûre de vouloir y aller ? ». Les répétitions quotidiennes de ces mises en garde devenaient stigmatisantes pour le patient étant donné que, selon les critères de qualité et les protocoles, des précautions étaient de rigueur, que le patient soit séropositif ou non. Ces situations ont suscité de multiples émotions et questionnements. Nous nous sommes interrogées sur nos valeurs personnelles et professionnelles tels que l'aide, le soutien et l'égalité de traitement, qui sont attitrées à ce métier. Nous nous sommes demandé donc pourquoi les infirmières prenaient en charge différemment certains patients. Quels sont les éléments qui influencent la qualité de notre prise en charge ?

Notre but, en effectuant ce travail, n'est pas de définir un type de patients présentant un caractère spécifique (les sidéens, les toxicomanes ou encore les personnes handicapées mentales). En effet, notre intérêt se porte sur le groupe de personnes souffrant de stigmatisation. Comme le décrit Goffman (1975, p.14), ces personnes présentent des caractéristiques de stigmates corporels (handicaps physiques ou autres difformités), de stigmates en lien avec la personnalité ou avec leur passé (troubles mental, psychiatrique, détenus etc.) et de stigmates touchant à la race, à la religion ou encore à la nationalité. Pour faire référence aux patients stigmatisés, nous parlerons donc des personnes présentant un « stigmaté ». Les infirmières ayant des attitudes stigmatisantes envers les différents patients sont notre population cible.

À partir de cette revue de littérature, en nous aidant d'articles scientifiques, nous allons explorer l'influence et l'impact de la stigmatisation des infirmières envers les patients portant un stigmaté. Nous mettrons en liens les résultats et les concepts. Ensuite, nous discuterons ces résultats en liens avec les cadres de références. Finalement, nous soulèverons les implications et recommandations pour la pratique.

1 PROBLÉMATIQUE

Tout au long de notre formation, les enseignants attirent notre attention sur les notions telles que l'éthique et le droit des patients afin de gérer au mieux nos comportements et à être professionnelles dans nos interventions. Cependant, nous pouvons remarquer que dans la pratique, ces notions ne sont pas toujours faciles à respecter et à appliquer. Nous pouvons observer que les soignants adoptent une attitude différente à l'égard des patients présentant un stigmate par rapport aux personnes dites « normales ». « Que ses stigmates soient visibles ou invisibles, dans tous les cas, le stigmatisé est perçu comme occupant une position inférieure, ce qui modifie la nature de ses relations aux autres » (Fayard et Fortin, 2012, p.8).

Cela souligne que la stigmatisation aurait peut-être un impact sur la qualité de l'offre en soin.

Par les constatations ci-dessous, les auteurs mettent en évidence la présence de la stigmatisation dans les soins. « La stigmatisation est également présente là où on l'attend le moins : dans le milieu du soin » (Othoman, 2010, p.78). L'Agence des droits fondamentaux de l'union européenne (FRA) a effectué des recherches sur le terrain qui ont révélées qu'il existe encore trop de personnes victimes de discrimination et principalement dans les milieux de soins (FRA, 2011).

Selon Aggleton, Wood, Malcolm et Parker (2005), la stigmatisation peut amener à la discrimination, ce qui affecte ainsi le bien-être des personnes ayant un stigmate. La discrimination se définit comme une attitude induite par la stigmatisation préexistante. Elle consiste à avoir un comportement hostile ou discriminatoire envers les membres d'un groupe en raison de leurs caractéristiques (Smart, 2007, p.7).

Cette discrimination peut se présenter sous différentes formes comme une inégalité dans l'accès aux soins, un refus à prodiguer des prestations de santé ou encore ne pas s'investir complètement dans la prise en charge (FRA, 2011).

Selon Giordana (2010), des recherches et des études sur la stigmatisation ont été menées dans divers pays et continents, et tous sont arrivés aux mêmes résultats : « il n'y a pas de société ou de culture où les personnes [souffrant de stigmatismes] sont traitées à l'égal des autres. » (p.8). L'auteur fait constater l'existence de la stigmatisation et l'ampleur de celle-ci puisqu'elle est étendue au niveau international.

D'après Massé (2012), depuis l'année 2001, l'Organisation mondiale de la santé reconnaît la stigmatisation des individus souffrant de problèmes psychiques comme la cause majeure d'échec des programmes de réinsertion sociale. La stigmatisation

interagit avec les rôles sociaux et affecte la qualité de vie ainsi que leur estime de soi. Cette stigmatisation engendre plus de souffrance que la maladie mentale elle-même (p.11). Cela montre les conséquences que la stigmatisation exerce sur la qualité de vie du patient stigmatisé.

Les auteurs Lauber, Nordt, Braunschweig et Rössler (2006), travaillant à l'hôpital universitaire psychiatrique de Zürich, ont mené une étude afin de savoir si le personnel soignant en santé mentale stigmatisait leurs patients. Ils ont étudiés les stéréotypes provenant des professionnels de la santé mentale envers les personnes souffrant de maladie mentale. L'enquête a révélé que ces professionnels démontrent des attitudes stigmatisantes envers les personnes ayant un problème psychique.

Il est intéressant de voir aussi ce problème sous un regard éthique et déontologique de la profession infirmière, car la stigmatisation va à l'encontre de ses principes.

Selon le code de déontologie de la profession, l'infirmière est tenue de respecter les droits de l'homme : en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels [...]. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'individualité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social [...]. (CII, 2006, p.1)

D'après le code de déontologie, l'infirmière se doit d'être juste envers tous types de patients dans ses prestations de soins. En faisant référence à la justice, l'Association Suisse des Infirmières (ASI, 2006) ajoute que dans la profession infirmière « l'application du principe de justice conduit l'infirmière à assurer des soins compétents à toute personne qui en a besoin, sans distinction d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité, de sexe, de nationalité, de politique, de race ou de statut social » (ibid., p.20). Donc l'infirmière ne devrait faire ni de différences ni de discrimination dans son accompagnement des malades, qui présentent des caractéristiques de stigmatisations ou non.

En résumé, notre intérêt se porte sur la stigmatisation des infirmières et à travers ce travail, nous allons traiter l'impact qu'elle peut avoir sur la qualité des soins. Nos préoccupations se sont dirigées particulièrement sur les conséquences de la stigmatisation dans la qualité des soins infirmiers, comment elle peut influencer nos comportements en tant que professionnels de la santé et comment y remédier.

2 CADRE DE RÉFÉRENCE

Selon Gingras (2004), un cadre de référence est « un ensemble de règles implicites ou explicites orientant la recherche scientifique, pour un certain temps, en fournissant, sur la base de connaissances généralement reconnues, des façons de poser des problèmes, d'effectuer des recherches et de trouver des solutions ». Chaque cadre de référence va proposer une approche différente de notre problématique.

Dans ce chapitre, nous allons présenter les cadres de référence en lien avec notre question de recherche. Nous allons définir la stigmatisation car elle représente le sujet principal de ce travail. Comme l'expose Giordana (2010), « la stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel. Il s'agit d'une attitude générale, de l'ordre du préjugé, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination » (p.8).

De plus, Giordana (2010) explique que « la stigmatisation repose sur des préjugés négatifs qui sous-tendent les attitudes et les comportements des membres d'une société vis-à-vis de la personne malade » (p.9). Pour mieux comprendre la stigmatisation, il nous semble donc important, tout d'abord, de définir les représentations sociales, les préjugés, les stéréotypes et la discrimination qui sont en constante relation avec la stigmatisation.

2.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Les représentations sociales, peuvent être définies comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989a, cité par Seca, 2001, p.37). Les représentations sociales sont partagées par les membres de la société. Selon Abric (1993, cité par Flament et Rouquette, 2002, p. 23), la représentation sociale est composée d'un système central et d'un système périphérique. Le système central est « associé aux valeurs et aux normes et définit les principes fondamentaux autour desquels s'organisent les représentations sociales » (Rouquette et Rateau, 1998, cité par Bingono, 2011, p.22). Les systèmes périphériques sont un rassemblement d'idées, de situations et de comportements dans le vécu de chaque individu. Ils ont pour but d'ancrer les représentations sociales, de favoriser leur utilisation dans la vie quotidienne ainsi que de communiquer et d'échanger entre individus ou groupes différents (Seca, 2001, p.75).

Les représentations sociales des infirmières dépendent premièrement des croyances et valeurs qui sont socialement partagées, et deuxièmement des caractéristiques individuelles telles que les expériences professionnelles et personnelles.

En résumé, le système central permet d'organiser et de structurer les représentations sociales. Quant au système périphérique, il correspond aux spécificités individuelles qui viennent se greffer sur le noyau central (Bingono, 2011, p.22).

Il est à noter que le changement d'une représentation sociale et principalement de son noyau, prend du temps, c'est-à-dire une ou plusieurs générations (Flament et al., 2003, p.41). Cette constatation nous montre qu'une représentation sociale est difficilement modifiable. Etant donné que le but de notre travail est de savoir s'il existe des stratégies pour remédier à la stigmatisation des patients, il est important de prendre conscience que même si des stratégies existent, il faudra du temps pour changer les perceptions négatives retrouvées dans les soins.

2.2 LES PRÉJUGÉS ET LES STÉRÉOTYPES

Selon Leyens et Beauvois (1997), « les préjugés sont des sentiments négatifs à [l'égard] des personnes du seul fait qu'elles sont membres d'un groupe donné » (p. 127).

Selon Seca (2001), un stéréotype est une « dimension cognitive du préjugé, lequel implique une catégorisation négative, [...] une généralisation rigide, une antipathie accentuée vis-à-vis de certains groupes et de leurs membres (p.176). Une transposition de ces définitions à notre thème est observable. Le fait de stigmatiser les patients sur la base de leur maladie correspond à un jugement de valeur et une catégorisation qui ne tient pas compte des différences individuelles.

2.3 LA DISCRIMINATION

Selon Giordana (2010), « la discrimination peut être définie comme une distinction injuste dans la façon de traiter différentes catégories de personnes. Certains individus, en raison d'une caractéristique parmi d'autres, vont être traités différemment, moins des autres et le plus souvent à leur désavantage » (p.11). Lorsque l'infirmière évite de passer du temps ou d'entrer en communication avec un patient, son comportement est discriminatoire.

2.4 LA STIGMATISATION

Goffman (1975) décrit la stigmatisation comme étant une réaction d'un groupe ou d'une société envers d'autres personnes ou groupes considérés comme différents ou défavorisés (p.14). Dans le contexte de notre travail, le groupe de personnes qui est à

la source de cette réaction, est donc les infirmières. Celles-ci, de par leurs attitudes induites par les préjugés et les stéréotypes, catégorisent, stigmatisent et discriminent les patients présentant quelque chose « d'inhabituel et de détestable » (ibid., p.11).

Comme le décrit Goffman, un individu est stigmatisé lorsqu'il présente des caractéristiques qui le dénigrent vis-à-vis d'autrui. Ces caractéristiques sont :

- les stigmates corporels : les handicaps physiques, les défauts du visage et du corps et toutes les diverses difformités.
- les stigmates en lien avec la personnalité ou avec son passé : les personnes dont on sait qu'elles ont ou ont eu un trouble mental, une incarcération, un problème d'addiction, une homosexualité...
- les stigmates « tribaux » qui touchent à la race, à la religion, à la nationalité et qui peuvent être transmis de génération en génération. (ibid., p.14)

Ainsi, avoir des préjugés influence notre manière d'entrer en relation avec les autres car nous avons tendance à catégoriser les gens que nous côtoyons. Comme l'explique Goffman, « lorsqu'un inconnu se présente à nous, ses premières apparitions ont toutes chances de nous mettre en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient [...] » (ibid., p.12). Les « stigmates » que le patient peut laisser apparaître, sont donc visibles et variables. Cette différence que les soignants perçoivent peut être donc associée « à l'habitus, la tenue vestimentaire, le comportement, la mimique ou parfois même aux effets des traitements spécifiques (générant de la lenteur, gestuelle, une rigidité des attitudes, un tremblement, une fixité du regard, etc.). » (ibid., p.32).

Dans le milieu des soins, la personne soignée peut être identifiée comme « quelqu'un de différent [...] parce qu'elle renvoie à l'inconnu, fait peur et mobilise une réaction du groupe social qui, d'une part, se protège de cette intrusion, et d'autre part, se construit dans cette altérité en se confirmant dans sa norme. » (Giordana, 2010, p.32).

2.4.1 Processus de stigmatisation

La stigmatisation est un processus comprenant plusieurs étapes. Selon les auteurs Link et Phelan (2001), le processus de stigmatisation comprend cinq composantes qui convergent vers une situation de pouvoir : l'étiquetage, les liens entre l'étiquetage et les stéréotypes, la séparation entre les groupes (nous et eux), la perte de statut et la discrimination.

- **L'étiquetage** est la première composante du processus de stigmatisation. Elle fait surface lorsque la caractéristique considérée comme différente par rapport à la norme sociale est identifiée. « La grande majorité des différences entre les hommes sont ignorées et sont donc socialement hors de propos [...] comme la

couleur de la voiture ou les oreilles poilues » (ibid., p.369). Cependant « d'autres différences telles que la couleur de peau, le QI, les préférences sexuelles, ou le sexe » (ibid., p.370) sont pointée du doigt par la société et ces personnes se voient attribuer une étiquette les considérant comme à part.

- **L'étiquetage est relié aux stéréotypes** représentant les croyances culturelles à l'égard d'une personne. Ce lien associe la personne à un ensemble de caractéristiques indésirables qui forment ce stéréotype. Selon Bonsack, Morandi, Favrod et Conus (2013). « des enquêtes ont montré que l'attitude des soignants était influencée négativement lorsque des vignettes cliniques indiquaient des antécédents psychiatriques plutôt que lombalgiques ». (ibid., p.589.). Une fois de plus, nous pouvons souligner que ce processus de stigmatisation est présent dans le domaine des soins.
- **La séparation** survient lorsque ces étiquettes négatives amènent une séparation entre les deux groupes : entre « nous » le groupe normal et supérieur et entre « eux » le groupe stigmatisé et perçu comme occupant une position inférieure. De ce fait, il s'établit une distance sociale entre les personnes affectées par un type de maladie ou présentant un stigmate (Link et Phelan, 2001, p.10).
- **La perte de statut** est vécue par les personnes stigmatisées. Une des conséquences de l'étiquetage négatif et des stéréotypes des individus ou des groupes stigmatisés est l'abaissement d'une personne dans une hiérarchie de statut. Elle entraîne une succession d'effets négatifs tels que la dévalorisation, le rejet et l'exclusion affectant les opportunités sociales de ces personnes stigmatisées. Ces individus se sentent affectés de façon péjorative et se voient ainsi perdre leur statut social et subir de la discrimination de la part de la société. En effet, la perte de statut social est le fondement de la discrimination.
- **La discrimination** peut prendre différentes formes :
 - Il y a la discrimination individuelle qui est « l'attitude et le comportement du stigmatisateur envers le stigmatisé » (Bonsack et al, p.590).
 - Ensuite vient la discrimination structurelle qui va entraver les réseaux relationnels des personnes stigmatisées. Ces derniers, ne vont pas bénéficier des avantages tels que l'accessibilité aux lieux de soins ou transport publics (ibid., p.590).

2.4.2 Modèle de stigmatisation liée à la santé

L'auteur Deacon (2006), a amené une vision du processus de stigmatisation ancrée dans le milieu de la santé à partir de ses travaux sur la stigmatisation, le VIH et le sida. Il a décrit ce processus en 5 caractéristiques.

1. En premier lieu se trouve la maladie ou le problème de santé qui est l'essence de la stigmatisation. Elle est vue comme quelque chose que nous pouvons et que nous devons éviter.
2. Ensuite, sont identifiés les comportements associés à la maladie. Ces comportements sont considérés comme immoraux.
3. Les personnes avec une maladie stigmatisante sont rassemblées dans une même catégorie socialement différenciée, occupant ainsi une position inférieure.
4. Ces personnes sont alors accusées d'avoir cette pathologie et sont rendues responsable de ce qui leur arrive.
5. Tout ce processus rend ces personnes vulnérables. Elles doivent affronter leur identité sociale marquée par ce stigmate et voient leur statut social rendu inférieur. De là, elles vont subir diverses formes de discrimination et de préjudices. (p.421)

2.5 L'ÉTHIQUE INFIRMIÈRE

Un autre cadre est l'éthique infirmière, autrement dit la bioéthique. Par ce biais, nous mettons en évidence différents principes éthiques soutenant et guidant la profession infirmière. Il nous semble donc important d'aborder le sujet de l'éthique infirmière dans notre travail. En effet, nous nous posons la question de savoir si stigmatiser un patient respecte les principes éthiques régissant le rôle infirmier.

Le code de déontologie de la profession infirmière explique que cette dernière doit respecter les droits de l'homme et que ces droits ne doivent être influencés « par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'individualité, de la maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social [...] » (CII, 2006, p.1).

La profession infirmière est régie par des principes éthiques qui s'appliquent en premier lieu à la manière dont une infirmière se comporte dans sa relation avec les autres, à ce qu'elle décide et à sa manière d'agir. (ASI, 2006) « Les principes éthiques

s'appuient sur une conception globale des soins. Ils soutiennent chaque infirmière en vue de prodiguer des soins d'excellente qualité. » (ASI, 1990, p.12).

L'ASI (2006) décrit plusieurs principes éthiques régissant la profession infirmière : la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice, l'autonomie, la véracité, la fidélité, l'authenticité et l'honnêteté. Cependant, en lien avec notre sujet de recherche, nous avons choisi de développer les principes éthiques suivants : la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice, car la stigmatisation entrave :

- Le respect de l'auto-détermination (autonomie)
- La prévention des dommages potentiels (non-malfaisance)
- Le souci de faire le bien, d'offrir sécurité et qualité de vie (bienfaisance)
- La recherche d'une répartition juste des ressources, avantages, charges et dépenses (justice) (ASI, 2006, p.9).

2.5.1 Le principe de la bienfaisance :

Selon l'ASI (2006), « le principe de bienfaisance se réfère à l'obligation morale ¹d'aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique, ce qui favorise son bien-être, à l'obligation morale de protéger et défendre les intérêts d'autrui, sa vie, sa sécurité, sa santé » (p.13). En effet, l'infirmière se tient garante de soulager les peines physiques ou morales du patient en lui procurant uniquement ce qui lui est favorable.

L'ASI (ibid., p.13) déclare que l'inquiétude de procurer le bien chez les patients facilite l'accès à des soins de qualité.

En outre, ce principe de bienfaisance, peut amener des confusions dans les objectifs des professionnels et les besoins des patients. Il est parfois difficile de garder un équilibre entre la bienfaisance et la non-malfaisance (ASI, ibid., p.15). En effet, un soin n'est pas toujours perçu de la même manière par le soignant et le soigné. Par exemple, un patient peut voir un soin comme bienfaisant à son égard alors que le soignant y verrait plutôt un risque par souci de non-malfaisance. D'où la nécessité de définir maintenant le principe de non-malfaisance.

¹ Selon l'ASI (1990), la morale désigne l'«ensemble de normes de conduite tenues pour absolues et universelles. La morale est un domaine de la philosophie qui traite des problèmes relatifs à la conduite de l'homme dans sa vie personnelle et dans sa vie sociale » (p.15).

2.5.2 Le principe de la non-malfaisance

D'après l'ASI (ibid., p.16), la non-malfaisance c'est reconnaître, réduire ou éviter les risques que pourrait encourir autrui. Ce principe demande de faire la balance entre les bénéfices escomptés et les risques encourus, de ne pas faire volontairement le mal, de prévenir le mal et de supprimer ce qui en est la cause. Dans la pratique des soins infirmiers, ce principe consiste à ne pas nuire au patient ni à la communauté.

Est-ce que l'infirmière est en conflit avec le principe de non-malfaisance en faisant une stigmatisation ?

Le personnel soignant agit en étant juste et neutre dans ses relations avec les bénéficiaires de soins. Ceci, nous amène au troisième principe éthique utile à l'argumentation de notre problématique : le principe de justice.

2.5.3 Le principe de justice :

D'après le Dr. T. Fry (1994), la justice est un « principe éthique selon lequel l'on doit traiter de la même manière les personnes qui se trouvent dans des conditions ou situations égales » (p.320). Chacun devrait être traité avec équité selon ses besoins. En effet, dans un milieu de soin, la finalité est de recevoir des soins. Tous les patients se trouvent donc dans des conditions et des situations égales, par conséquent, ils devraient tous être soignés de la même manière. Tout au long de nos recherches il est relevé que lorsque l'infirmière stigmatise un patient, elle le catégorise, lui colle une étiquette. Ce comportement engendre cependant une prise en charge différente entre le patient stigmatisé et celui qui ne l'est pas donc le principe de justice n'est pas respecté.

2.5.4 Le principe d'autonomie :

L'ASI (2006) stipule que l'autonomie se réfère aux droits de la personne tels que le respect et la considération quel que soit son état de santé physique ou mentale. Le patient doit avoir accès aux informations nécessaires concernant sa santé, à la participation des décisions de soins, au respect de la sphère privée, à la libre expression et la participation à ses propres soins dans la mesure de ses possibilités, voire même au droit de les refuser. En effet, « respecter les personnes en tant qu'individu autonome, c'est reconnaître que leurs choix résultent de leurs convictions et de leurs valeurs personnelles même si leurs capacités sont momentanément ou durablement modifiées par l'âge ou la maladie (autonomie morale, autonomie physique). Chercher à favoriser l'exercice de l'autonomie conduit à l'individualisation des soins » (p.11).

Comme nous pouvons le voir dans le développement de ce chapitre, l'éthique dans la profession d'infirmière est essentielle. Cependant en stigmatisant, nous sommes d'accord pour dire que l'infirmière engendre diverses conséquences néfastes pour le patient. Elle ne répond en aucun cas à l'éthique infirmière ni aux principes de base, qui régissent son propre rôle qu'elle est tenue de respecter.

2.6 LE RÔLE INFIRMIER

Pour comprendre le rôle infirmier, nous nous sommes basées sur le référentiel des compétences du Bachelor en soins infirmiers de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (ces compétences sont détaillées dans l'annexe B) car elle sert de base à l'évaluation de notre pratique professionnelle durant notre formation.

Ce cadre montre neuf compétences professionnelles qui décrivent l'activité et le rôle propre d'une infirmière :

1. « Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins »
2. « Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires »
3. « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé »
4. « Evaluer ses prestations professionnelles »
5. « Contribuer à la recherche en soins et en santé »
6. « Contribuer à l'encadrement et à la formation professionnels de la santé »
7. « Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire »
8. Participer aux démarches de qualité »
9. « Exercer sa profession de manière responsable et autonome »

Parmi ces neuf compétences, nous en avons identifiées trois (compétences 1, 3 et 8) qui sont le plus en lien avec la stigmatisation et le plus à même d'identifier les impacts de la stigmatisation sur la qualité des soins.

La première compétence est de « concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle inscrite dans une démarche de soins ». Pour cela, l'infirmière crée des conditions de prise en charge qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologique et éthique. Cependant, comme nous l'avons décrit dans le chapitre concernant l'éthique, l'infirmière, en stigmatisant un patient, ne respecte plus les principes de l'éthique infirmière. L'offre en soins que le patient stigmatisé recevra ne sera pas en partenariat avec lui. La troisième compétence stipule que l'infirmière

promeut la santé et accompagne la clientèle dans sa gestion de la santé. La huitième compétence décrit la participation de l'infirmière aux démarches de qualité. Dans ses soins, l'infirmière devrait évaluer la qualité de ses soins et mesurer la satisfaction de la clientèle. En stigmatisant, l'infirmière ne remplit pas les compétences décrites ci-dessus.

3 LA QUESTION DE RECHERCHE

Suite aux diverses réflexions développées tout au long de ce travail, nous pouvons confirmer qu'une infirmière avec une attitude de stigmatisation à l'égard de personnes présentant un « stigmate », influence la prise en charge de ces derniers. Cette attitude nuit non seulement à la qualité de la prise en charge, mais également sur l'accès à la santé et aux droits fondamentaux de chaque être humain. Notre revue de littérature étoffée, se porte sur la stigmatisation des patients. Les caractéristiques les menant à être stigmatisé par les infirmières, auront des conséquences graves sur l'offre en soin. Ainsi, ce cheminement nous mène à la formulation de notre question de recherche qui se présente ainsi :

Quels sont les facteurs qui favorisent la stigmatisation et quelles en sont les conséquences dans les soins ? Existe-t-il des stratégies pour l'éviter ?

4 LES BUTS POURSUIVIS

Les objectifs de notre revue de littérature sont d'identifier la stigmatisation dans le milieu des soins et de déterminer les facteurs influençant les comportements de stigmatisation. De par nos résultats, nous aimerions mettre en évidence la présence de la stigmatisation au sein des professionnels de la santé ainsi que les conséquences de celles-ci au niveau des soins. Notre but est d'identifier les stratégies aidant les soignants à diminuer voire éviter ce comportement qui va à l'encontre des principes fondamentaux des soins infirmiers.

5 MÉTHODOLOGIE

Après avoir défini les cadres de référence et la problématique, nous allons maintenant décrire la démarche méthodologique qui nous a permis d'élaborer ce travail.

5.1 ARGUMENTATION DU CHOIX DE DEVIS

Nous avons choisi d'effectuer une revue de littérature étoffée sur le sujet de la stigmatisation. En effet, il nous semble intéressant de se renseigner sur les connaissances actuelles concernant ce sujet qui, selon nous, est un sujet peu abordé mais qui est clairement présent dans le milieu des soins infirmiers.

Selon Loïse (2007), la revue de littérature étoffée est une recension des écrits faisant état des connaissances actuelles d'une problématique de recherche. Il s'agit d'un sujet ayant un intérêt pour la pratique infirmière, le but étant de cibler les problèmes rencontrés sur le terrain afin d'améliorer la prise en charge des bénéficiaires de soins.

5.2 DESCRIPTION DES ÉTAPES SUIVIES

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé les banques de données concernant les références des études en sciences infirmières qui sont : Pubmed, CINAHL, MEDLINE et SCIEENCEDIRECT. Nous avons ensuite enrichi nos recherches avec Google Scholar et la bibliographie de certains articles trouvés dans ces bases de données.

Concernant le déroulement de notre recherche, nous avons tout d'abord récolté les articles abordant la stigmatisation et la discrimination dans les soins infirmiers. Peu d'articles traitent directement notre sujet, nous en avons donc retenu un maximum susceptible de correspondre à notre thème. Après une première lecture des articles, nous en avons gardé 23 qui nous semblaient intéressants pour notre revue de littérature. Après lecture des articles, nous avons retenus 12 articles que nous avons ensuite traduits et analysés à l'aide des grilles de lectures critiques (Annexe D). Pour chaque analyse nous avons effectué une traduction libre et repris les termes et les idées des auteurs tel quel. Les résultats ont été rassemblés par thèmes puis introduit dans le chapitre du même nom. Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons mis en lien les résultats et les cadres de références dans le chapitre intitulé « Discussion ».

5.3 LES MOTS-CLÉS :

En effectuant les recherches sur les bases de données informatisées, nous avons utilisé les mesh-terms suivants :

Anglais	Français
Quality of health care	La qualité des soins de santé
Stereotyping	Stéréotypé
Attitude of health personnel	Attitude du personnel de la santé
Nursing	Soins infirmiers
Social stigma	Stigmatisation sociale
Prejudice	Préjugé
Social welfare	Bien-être social

5.4 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Afin de retenir les études les plus appropriées à l'élaboration de notre Bachelor Thesis, nous avons mis en place des critères d'inclusion et d'exclusion.

Concernant les critères d'inclusion, une limite a été fixée quant à l'année de publication et privilégiant les recherches publiées entre 2000-2013. Ensuite, la population retenue se compose d'infirmières et d'étudiants infirmiers. Au niveau du choix du contexte, nous avons inclus tous les milieux de soins, à l'exception de la pédiatrie, c'est-à-dire : la psychiatrie, la gériatrie et les soins aigus. Ce choix a permis d'acquérir une vue d'ensemble des représentations des infirmières dans les différents milieux de soins.

En ce qui concerne les critères d'exclusion, nous n'avons retenu que les articles répondant à nos critères d'inclusion, ainsi que les articles concernant les enfants en bas âge, les réactions post-diagnostic des patients et la stigmatisation faite par la société.

5.5 STRATÉGIES DE RECHERCHE

En étayant les recherches et en identifiant les bons «Mesh-terms», les résultats des recherches se sont affinés. Ci-dessous, nous exposons les associations de « Mesh-terms » et démontrons ainsi les stratégies de recherches utilisées pour ce travail.

5.5.1 Stratégie 1

("Social Welfare"[Mesh]) AND "Quality of Health Care"[Mesh] AND "Stereotyping"[Mesh]

62 articles trouvés dont 1 retenu:

- Dubois-Arber, F., Haour-Knipe, M., Discrimination work group². (2001). HIV/AIDS institutional discrimination in Switzerland. *Social Science et Medicine*, 52, 1525-1535.

5.5.2 Stratégie 2

("Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND "Prejudice"[Mesh] AND "Stereotyping"[Mesh]

342 articles trouvés dont 3 retenus:

- Werner, S., Grayzman, A. (2011). Factors influencing the intention of students to work with individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2502-2510.
- Lunsky, Y., Gracey, C. et Gelfand, S. (2008). Emergency Psychiatric Services for Individuals With Intellectual Disabilities: Perspectives of Hospital Staff. *Intellectual And Developmental Disabilities*, 46 (6), 446-455).
- Werner, S. (2010). Assessing female students' attitudes in various health and social professions toward working with people with autism: A preliminary study. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 131-137.

5.5.3 Stratégie 3

("Nursing"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh] AND "Stereotyping"[Mesh]

409 articles trouvés dont 2 retenus :

- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Rebelo Botelho, M. A., Scott, A., Staniuliené, V. et Zanotti, R. (2010). Nurses attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 350-362.
- Poon, M-Y. et Tarrant, M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2355-2365.

² Hübner, F., Chatelain, S., Alberti, M., Kellner Ali, K., Aubin, S., Bally, C., Brauchli, S., Chollet-Bornand, A., Henny, C., Ischer, O., Muller, Y., Ramel, S., Weber Jobé, M., Robert, C-F., Sanchez, M. et Spohn, D.

5.5.4 Stratégie 4

("Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND "Social Stigma"[Mesh] AND "Prejudice"[Mesh]

18 articles trouvés dont 1 retenu :

- Andrianasolo, R.L., Rakotoarivelo, R.A., Randriarimanana, D., Angijiro, P.G. et Randria, M.J.D. (2011). Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar. *Médecine et maladies infectieuses*, 41, 2-6.

5.5.5 Stratégie 5

Google scholar : stigmatisation, psychiatrie, soins infirmiers

2700 résultats dont 1 article retenu :

- Chevallier, D., Dunezat, P. et étudiants infirmiers de Sainte-Marie³ promotion 2004-2007. (2007). Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *L'information psychiatrique*, 83 (8), 675-681.

5.5.6 Stratégie 6

Google Scholar : stigmatisation, discrimination, soins infirmiers

1730 résultats dont 2 articles retenus :

- Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 19, 99-109.
- Randriatsarafara, F. M., Rasoloarimanana, A. R., Ralamboson, S., Rakotonirina, E. J., Ranjalahy, R. J. J. et Rakotomanga, J. D. M. (2012). Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo. *La Revue Médicale de Madagascar*, 2 (1), 95-104.

5.5.7 Stratégie 7

Google Scholar : discrimination, santé publique, refus de soins

³ Andoque, N., Arabat, F., Badoux, I., Besse, M., Bourzat, G., Capriani, A., Cardot, S., Cervi, A., Cinti, A., Coste, G., Crepel, M., Dela Iglesia, N., Aspro, Y., Dental, S., Deram, A., Desalvo, N., Desteffani, P., Dragoni, L., Driouch, N., Estéban, A., Ferrari, C., Fragoméni, S., Freville, C., Gaglio, J., Ghizzoni, F., Giacomuzzo, A., Hars, D., Herreng, F., Kaddouri, A., Kamli, R., Kellouche, N., Letertre, M., Llédó, Y., Luccioni, S., Marco, F., Martini, A., Mebarki, A., Nakouri, M., Poesson, E., Quartier, A., Risbec, C., Roussin, M., Taraud, C., Vecque, J. et Vitale, A.

17100 résultats dont 1 retenu :

- Vialla, F. (2009). Le refus de soins peut-il induire une discrimination ? La réforme annoncée de l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique. *Médecine et Droit*, 2-9.

5.5.8 Stratégie 8

La stratégie personnelle se basant sur des références bibliographiques de l'étude de Werner Shirli a été retenue. La recherche contenait 38 références dont 4 ont été retenues.

- Schwartz, L. K. et Simmons, J. P. (2001). Contact quality and attitudes toward the elderly. *Educational Gerontology*, 27 (2), 127-137.
- McKinlay, A. et Cowan, S. (2003). Student nurses' attitudes towards working with older patients. *Journal of advanced nursing*, 43 (3), 298-309.
- Tervo, R. C., Palmer, G. et Redinius, P. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 18, 908-915.

Lors de l'analyse des études scientifiques, nous en avons exclus deux car elles n'étaient pas pertinentes, elles ne respectaient pas les critères méthodologiques :

- Lunskey, Y., Gracey, C. et Gelfand, S. (2008). Emergency Psychiatric Services for Individuals With Intellectual Disabilities: Perspectives of Hospital Staff. *Intellectual And Developmental Disabilities*, 46 (6), 446-455).
- Vialla, F. (2009). Le refus de soins peut-il induire une discrimination ? La réforme annoncée de l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique. *Médecine et Droit*, 2-9.

Un tableau de synthèse de toutes les recherches ci-dessus se trouve en annexe C. Chaque étude est numérotée comme suit : E1, E2, E3, etc...

6 RÉSULTATS

Dans notre revue de littérature, nous avons sélectionné douze articles nécessaires à l'élaboration de ce travail. Les articles retenus présentent une rigueur méthodologique et tiennent compte des approbations éthiques.

Selon les articles trouvés sur la stigmatisation dans les soins, nous nous sommes arrêtées aux populations les plus stigmatisées : les personnes obèses, les personnes atteintes d'une maladie mentale, les personnes âgées, les personnes souffrant d'autisme et les personnes atteintes du VIH.

En ce qui concerne l'échantillon, la population interrogée dans ces recherches, cible principalement les femmes et les étudiants en soins infirmiers. Certaines études incluent des étudiants du domaine social. Deux études, incluant d'autres professionnels de la santé, des médecins et des dentistes ont également été retenues. Ces recherches ont conduit à une vision plus large et plus globale de cette problématique.

Au niveau géographique, les études retenues pour l'élaboration de ce travail proviennent du Royaume-Uni, des Etats-Unis, de l'Afrique du Sud, de Madagascar, de France, d'Israël, de Chine et de Suisse. Cette diversité de provenance apporte une richesse au travail car elle apporte une vision de plusieurs cultures et croyances différentes. Cependant, elle peut aussi être vue comme une faiblesse car elle n'est pas représentative de la population et donc difficilement généralisable.

Les résultats de ces études ont apporté des éléments importants à nos questions de recherche.

Afin de faciliter l'élaboration de ce chapitre, nous avons effectué une relecture des résultats de nos grilles d'analyses et avons mis en évidence les thématiques qui apparaissent le plus fréquemment et qui apportent des éléments de réponses à nos questions de recherche : identifier les facteurs favorisant la stigmatisation et les conséquences de celle-ci sur la santé des patients. De plus, nous aimerions exposer les stratégies pour diminuer voire éliminer la stigmatisation dans les soins. Cette mise en évidence des thématiques nous a permis de rassembler des idées et de former des catégories. Nous allons maintenant présenter les trois thématiques choisies, permettant de répondre à nos questions de recherche :

- États des lieux de la stigmatisation des infirmières
- Facteurs favorisant les attitudes discriminatoires
- Incidence de la stigmatisation sur l'état de santé des patients

6.1 ÉTATS DES LIEUX DE LA STIGMATISATION

6.1.1 Stigmatisation par types de professions

➤ Infirmières

La totalité de nos articles présentent des résultats qui mettent en évidence l'existence de la stigmatisation par les professionnels de la santé, principalement les infirmières, face aux différentes populations stigmatisées. En effet, Andrianasolo et al. (2010) (E1), ont mené une étude descriptive et analytique ayant pour but de déterminer la discrimination des personnes vivant avec le VIH en milieu médical à Madagascar. Pour ce faire, ils ont mené une enquête auprès de 17 centres hospitaliers de Madagascar et ont interrogé le personnel de santé (n=100) (médecins, dentistes, infirmières et étudiants en soins infirmiers) y travaillant ainsi que les patients vivant avec le VIH (PVVIH) (n=30). Il en ressort que les paramédicaux, dans le domaine du traitement du VIH, sont ceux qui ont le plus d'attitudes discriminatoires. Effectivement, ces auteurs mettent en évidence que parmi les PVVIH discriminés (n=11), 8/11 le sont par les paramédicaux, 2/11 par les médecins et 1/11 par les étudiants.

Dubois-Arber et al. (2001) (E3) ont effectué une étude en Suisse, dans les cantons de Genève et de Vaud. Leur but était de fournir une première estimation de discrimination en institution publique et privée. Les résultats ont démontré peu de discrimination dans les différentes institutions où s'est passée l'enquête. Mais les auteurs nous mettent en garde que cela ne veut pas dire qu'elle n'existe pas ou peu. Certains patients ne connaissent pas forcément leurs droits, ils sont donc plus vulnérables et subissent la discrimination sans la dénoncer. Le fait de revenir sur des événements de discrimination est peut-être difficile pour les patients, ils préfèrent donc ne pas aborder le sujet. Cependant, à partir de témoignages des soignants, les résultats ont révélés des situations discriminatoires dans le domaine de la santé. Par exemple, le dépistage du VIH sans consentement du patient ou l'oubli de donner le résultat au patient sous prétexte qu'ils ne le reverront de toute façon plus, sont des pratiques mises en évidence dans cette étude.

Chevallier et al. (2007) (E7) ont mené une étude auprès de 44 infirmières et cadres infirmiers ainsi qu'auprès de 359 étudiants en soins infirmiers de troisième année. Leur premier but est de définir les représentations du travail des infirmières en psychiatrie chez les professionnels de différentes spécialités. Le deuxième but est d'identifier ce qui amène un étudiant en soins infirmiers à travailler en psychiatrie au-delà des stigmates liés à la spécialité et au patient. Parmi les 44 infirmières et cadres infirmiers,

18% ont déjà exercé en psychiatrie. Dans ces 18%, 72% des professionnels considèrent la psychiatrie comme un lieu de perte de savoir technique.

➤ **Étudiants infirmiers**

Sur le thème de l'obésité, Poon et Tarrant (2009) analysent, dans leur étude transversale, les attitudes des étudiants infirmiers et des infirmières diplômées face aux personnes obèses et à leur prise en charge. L'échantillon est composé de 352 étudiants en soins infirmiers et 199 infirmières. Les résultats révèlent que les élèves en soins infirmiers et les infirmières diplômées ont des attitudes négatives envers les personnes obèses. Les soignants (88,3%) et les étudiants en soins infirmiers (60,5%) considèrent les patients obèses comme des personnes adorant la nourriture, susceptibles de trop manger, d'être trop lentes et de ce fait peu attrayantes.

Trois études différentes exposent le manque d'attirance des étudiants à travailler avec une population susceptible d'être stigmatisée. Les résultats de ces quatre articles démontrent les attitudes ou les intentions négatives de ces étudiants à travailler avec les personnes ayant un handicap, une déficience intellectuelle, de l'autisme ou encore avec les personnes âgées (McKinlay et al., 2003, E10; Werner 2011, E9; Tervo et al., 2003, E6).

Les résultats de l'étude de Chevallier et al. (2007) (E7) ont mis en évidence les facteurs influençant le choix professionnel des étudiants (E) et la catégorie qui souhaite exercer en psychiatrie (P). Il y a eu des choix similaires :

- La cohérence avec la conception du soin, représentant la notion de valeur professionnelle : 62% pour E et 91,1% pour P
- Les facteurs d'ambiance : 69% pour E et 75,6% pour P
- Le salaire : 60,6% pour E et 51,1% pour P
- L'interaction vie privée /travail, 50,5% pour E et 44,4% pour P
- L'organisation du travail, l'environnement et les possibilités d'évolution arrivaient en dernier avec des pourcentages de 44,1 à 41,1 pour E et 26,7% à 28,9% pour P.

6.1.2 Les types de discriminations

L'auteure Carde (2007) (E11) a réalisé une étude doctorale de type qualitative dont le but est de savoir comment l'accès aux soins peut être limité à certains individus selon des critères autres que strictement médicaux. L'auteure a dégagé deux types de discrimination en enquêtant sur les différents professionnels, qui exercent à tous les

niveaux de l'accès aux soins (agents administratifs, médecins, infirmières et travailleurs sociaux). Les deux types de discrimination trouvées sont :

- La discrimination directe :
 1. la « délégitimation » : le patient est considéré comme une personne profitant du système de santé. Les professionnels justifient leurs attitudes stigmatisantes en se basant sur cette constatation.
 2. la différenciation : le patient est vu à travers sa différence, le plus souvent à travers sa culture (manière de s'exprimer, manière de manifester ses symptômes...). Les professionnels justifient leur attitude discriminatoire en fonction de ces différences, ce qui les mène à diriger les patients vers des services de soins dérogatoires au droit commun, censés être plus adaptés à leur différence.
- La discrimination indirecte : concerne principalement les patients étrangers en situations de précarité. Ils sont souvent rejetés par le simple fait que les démarches administratives ne sont pas au point. L'agacement du personnel envers les formulaires qu'une telle prise en charge nécessite, est aussi un facteur discriminatoire.

L'étude de Randriatsarafara et al. (2012) (E2) ont considérés comme discriminant la proportion de personnel (65,7%) prenant des précautions particulières envers les personnes touchées par le VIH qu'ils ne prendraient de toute évidence pas envers les autres personnes. Ils ont relevé comme actes discriminatoires, les soignants qui faisaient usage de plusieurs gants les uns sur les autres, du port de masque opératoire dans un contexte non-chirurgical, l'utilisation de matériel à usage unique employés uniquement pour les PVVIH, le refus de serrer la main aux patients et parfois l'isolement du patient dans un service spécifique.

D'autres résultats de l'étude d'Andrianasolo et al. (2011) (E1), montrent d'autres types de discrimination, tels que l'utilisation de matériel différent comme le stéthoscope, le tensiomètre et le thermomètre, pour soigner les PVVIH. Parmi 56 médecins, chirurgiens et étudiants, 34 s'adonnent à cette pratique. Parmi 8 dentistes, 7 ont les mêmes pratiques et parmi 28 paramédicaux, 22 utilisent du matériel différent. Il y a également le refus de soigner ces patients. Parmi les médecins, chirurgiens et étudiants (n=56), 2 ont refusé de soigner des PVVIH, aucun refus parmi les dentistes (n=8) et 3 refus parmi les paramédicaux (n=28).

6.1.3 Représentations dans la profession infirmière

L'étude réalisée par Chevalier et al. (2007) (E7) à Nice montrent les représentations du travail de l'infirmière en psychiatrie au sein des infirmières et des cadres de santé spécialisés en gériatrie, en chirurgie, en médecine, en soins techniques continus ou, réanimation et en santé publique ou psychiatrie. Ils représentaient un échantillon de 44 personnes. L'analyse de ces représentations a montré que les infirmières en soins généraux ont reconnu la spécificité du soin psychiatrique (resocialisation, qualités humaines nécessaires à l'exercice, alliance thérapeutique). Cependant, ces infirmières rattachaient des éléments globalement négatifs en termes de lisibilité du soin et de charge de travail vécue comme moins importante.

Le deuxième but de cette étude est de mettre en évidence l'influence des représentations des infirmières par rapport à la psychiatrie, et le choix des étudiants à travailler dans ce domaine. L'échantillon des étudiants de troisième année en soins infirmiers était composé de 359 personnes, mais seulement 297 étudiants ont répondu au questionnaire soit 82%. Les résultats montrent que, parmi les choix professionnels des étudiants, la psychiatrie arrive en dernière position, derrière toutes les autres spécialités.

6.2 FACTEURS FAVORISANTS LES ATTITUDES DISCRIMINATOIRES

6.2.1 Le manque de connaissances et compétences

L'étude d'Andrianasolo et al. (2011) (E1), effectuée à Madagascar, démontre que la stigmatisation des soins liée au VIH, résulte d'un manque de connaissances au sein des professionnels de la santé. En effet, 47% des 100 soignants avaient des connaissances erronées sur le mode de transmission du VIH. Parmi les réponses fausses, 15% expliquent un mode de transmission par la salive et 2% par le contact.

Des similitudes à l'étude précédente sont rencontrées dans l'étude de Randriatsarafara et al. (2010) (E2). Ils ont mené une étude rétrospective et analytique auprès de 251 professionnels de la santé dans les formations sanitaires publiques et privées de Madagascar. Cette recherche consiste à déterminer les attitudes discriminatoires du personnel face aux PVVIH, dans les formations sanitaires et à mettre en évidence les facteurs influençant ces attitudes.

Les résultats ont révélés qu'un peu plus de la moitié des 255 répondants (54,2% ; IC 95% ; 47,8%-60,4%) ont cité correctement les trois modes de transmission du VIH. Un peu plus du tiers (36%) ont cité des réponses correctes mais incomplètes et environ 9,8% ont donnés des réponses incorrectes.

En réponse à l'objectif d'identifier les facteurs favorisant les attitudes de discrimination, il résulte que :

- La formation donnée sur le VIH auprès des soignants n'a pas eu d'influence positive quant aux attitudes discriminatoires. Ce qui est surprenant et en contradiction aux autres études, qui démontrent que plus la formation est longue, plus le personnel soignant a des attitudes discriminatoires. Les auteurs précisent qu'en termes de contenu de formation, les notions transmises concernent des généralités qui ne donnent pas les informations concrètes sur la réalité du VIH à Madagascar.
- Le manque de contact avec les personnes séropositives augmente la discrimination. Cependant, la différence entre les personnes ayant déjà eu des contacts avec ces personnes n'est pas significative (69,8% versus 60,7%).
- La méconnaissance de tous les modes de transmission de cette maladie infectieuse est statiquement associée à la discrimination ($p < 0,01$).
- Le fait de séparer en groupe spécifique les personnes séropositives, de les mettre dans une catégorie à part de la société, relève de la discrimination.
- Une éducation inadéquate sur le VIH associée à un manque de matériel de protection et de traitement, ainsi qu'à un manque de rigueur systématique dans les précautions universelles, apparaissent comme des facteurs contribuant aux attitudes et pratiques discriminatoires.

Les auteurs de cette même étude mettent en évidence qu'il existe une loi sur les PVVIH. Par rapport à cette loi, les résultats montrent qu'il y a plus d'attitudes discriminatoires chez les soignants qui sont au courant de l'existence de cette loi chez ceux qui n'en avaient pas entendu parler. Les auteurs ont séparé les participants ($n=251$) en deux catégories : le personnel discriminant ($n=165$) et le personnel non-discriminant ($n=86$). Dans la catégorie des discriminants, 36 participants connaissent cette loi contre 129 qui ne la connaissent pas. Peu de personnel connaît réellement le contenu de cette loi, ce qui favorise significativement la discrimination ($p < 0,001$).

Les soignants de la tranche d'âge supérieure à 50 ans et de la catégorie des paramédicaux (les infirmières) se sont révélés, selon les statistiques, être les plus discriminants ($p=0,04$). Parmi le personnel considéré comme discriminant ($n=165$), le genre féminin ($n=108$) est significativement associé à la discrimination ($p=0.006$).

Cependant, les résultats de l'étude traitant de l'intérêt des étudiants en santé et du domaine social, à travailler avec les personnes avec une déficience intellectuelle (E8) montrent que le genre féminin a les attitudes les plus positives envers ces derniers. Il

est important de prendre en considération que la population des patients stigmatisés n'est pas identique dans ces deux études.

Une autre étude vient appuyer la constatation que le manque de connaissances influence la stigmatisation. Les résultats amenés par Chevalier et al. (2007) (E7), avancent que la perception négative des étudiants infirmiers à l'égard de la psychiatrie évolue de façon positive au fur et à mesure des heures de cours dispensés.

Une autre étude menée par Poon et al. (2009) (E12), soutient que le manque d'éducation face à l'obésité ainsi que le manque de préparation à prendre en charge cette population, joue un rôle dans la stigmatisation. De plus, l'obésité n'a longtemps pas été reconnue comme une maladie à part entière.

Mavundla (2000) (E5) analyse la perception de douze infirmières d'un hôpital de soins généraux sur la prise en charge des patients souffrant de maladie mentale. Les témoignages de ces infirmières, soulignent que la présence d'un patient souffrant d'une maladie mentale dans un service de soins généraux, est vu comme un obstacle entravant leur organisation et leur routine quotidienne. Elles ont estimé ne pas avoir les compétences et les connaissances requises pour offrir une bonne prise en charge à cette catégorie de patients. Par exemple, les patients atteints de troubles mentaux ont suscité des attitudes négatives de la part des infirmières qui n'y sont pas préparées. Elles ont pensé que ces patients étaient bizarres voire des simulateurs. Ces infirmières ont traduit ces comportements comme un manque d'intérêt ou de motivation de la part du patient plutôt que de remettre en question leur manière de gérer les symptômes de cette maladie.

6.2.2 Les caractéristiques des patients favorisant la stigmatisation

Werner (2010) (E9) s'est intéressé aux attitudes des étudiants travaillant avec les personnes atteintes d'autisme. Les résultats montrent que les étudiants décrivent une hygiène déplorable et des sécrétions abondantes de salive des patients atteints d'autisme. Ils éprouvent du dégoût et stigmatisent, il y a donc une réticence à travailler avec ces gens. De plus, ils ressentent de la difficulté à communiquer avec cette population et de ce fait ils n'obtiennent pas de retour quant aux soins prodigués, ce qui engendre une certaine frustration de la part des futurs professionnels.

La recherche de Poon et al. (2009) (E12) met en évidence que les soignants développent des préjugés face aux personnes obèses tels que : répugnance, épuisement physique, inconfort et stress. Ces idées préconçues sont source de stigmatisation.

Ces caractéristiques spécifiques aux patients stigmatisés se retrouvent aussi dans les résultats de Mavundla (2000) (E5). Les participantes se sont interrogées sur la perception négative qu'elles ont de la maladie mentale. Elles ont mis en évidence des attributs qu'elles considèrent comme étant négatifs et ayant une influence sur leur perception des patient atteints de maladie mentale :

- Les caractéristiques du patient : ces patients présentent des particularités individuelles qui, selon les infirmières, les rendent plus difficiles à traiter dans un service aigu.
- Les symptômes de la maladie considérés comme négatifs amènent, selon les soignantes, une certaine difficulté à gérer et traiter les personnes atteintes de troubles mentaux. D'une part, l'errance inquiète les infirmières car il arrive souvent que les patients se perdent. D'autre part, elles ont mis en évidence la difficulté à s'occuper et à observer ces patients. Elles n'ont pas assez de temps pour ensuite prendre en charge les autres patients de manière adéquate. De plus, certains patients atteints de maladie mentale sont bruyants et perturbent l'atmosphère du service. Les comportements sont parfois violents et agressifs, ils entravent la relation et influencent la perception négative des infirmières.

Le personnel soignant, soutient également, que l'environnement dans lequel il travaille a une influence sur les perceptions négatives envers les patients souffrant de trouble mental. Ainsi, le manque de personnel empêche les infirmières de développer une relation adéquate avec les patients en question. La saturation de patients dans les services ne permet pas de plus aux infirmières, d'offrir une prise en charge complète.

6.2.3 Émotions des soignants

Randriatsarafara et al. (2012) (E2) amènent une explication sur la discrimination des infirmières qui sont généralement confrontées à des actes de soins curatifs, considérés comme à risque, avec des accidents d'exposition au sang. Une des raisons des attitudes discriminatoires de ces infirmières est la crainte d'être infectée par le VIH. Lors de l'exécution d'actes infirmiers, comme la pose d'un cathéter, les injections et les actes de petites chirurgies sont également les plus fréquemment cités comme étant à risque, dans la littérature.

Andrianasolo et al. (2010) (E1) appuient cette crainte, qui explique le refus de soigner les PVVIH par les soignants. Cette crainte, face à une infection, provient principalement d'un manque de connaissances.

Dans l'étude de Mavundla (2000) (E5), les infirmières ont exprimé trois sentiments différents qu'elles ressentent lors de la prise en charge des malades mentaux en milieu hospitalier général :

- La peur : presque tous les participants ont une peur des patients atteints de maladies mentales dans leur service. La peur peut être due à une crainte profonde en raison d'un manque de compréhension de l'état du patient, une peur irrationnelle envers le patient, de la peur de l'inconnu et la peur des conséquences en cas de blessure.
- Le désespoir : dans certains services, en raison de la crainte des comportements violents de patients ou de perte d'un d'entre eux à cause de l'errance, les infirmières adoptent des stratégies afin d'y remédier mais ces dernières se relèvent généralement vaines. Par conséquent, elles se sentent désespérées et ont le sentiment que tout cela ne finira jamais pour elles.
- La frustration : lors des entretiens et observations du terrain, il est ressorti que les infirmières ressentaient une certaine frustration lors de l'admission des patients souffrant de troubles mentaux dans leur service aigu. Cette frustration survient lorsque, par moment, elles ne peuvent pas obtenir l'aide du personnel de sécurité lors de comportements violents ou encore lorsqu'elles n'ont pas les compétences permettant d'aider le patient.

Dans leur enquête, Chevallier et al. (2007) (7) ont interrogé les étudiants à propos des sentiments qu'un patient, atteint de maladie mentale, évoque pour eux sur la base d'une échelle qui en propose 16 différents. À cette question, les réponses des étudiants ont été en premier lieu la peur, l'étrangeté avant l'empathie, l'échange, la curiosité, la frustration et l'échec.

Les résultats de l'étude menée par Werner (2010) (E9) auprès des étudiants (n=42), ont fait valoir plusieurs qualifications du travail avec les personnes atteintes d'autisme. Parmi les étudiants en soins infirmiers (n=7/42), la difficulté la plus fréquemment évoquée se situe au niveau physique et émotionnel.

6.2.4 Conséquences liées aux patients

La stigmatisation a une incidence négative sur la prise en charge des patients. Selon l'auteur Andrianasolo et al. (2010), ce phénomène entrave l'accès aux soins aux personnes souffrant du VIH. En effet, par peur d'être à nouveau stigmatisées, ces personnes sont réticentes ou émettent carrément un refus à se rendre dans un milieu médical pour y être suivi. Parmi les 30 PVVIH, 27 ont répondu à la question demandant s'ils avaient déjà refusé une consultation ou un suivi par peur d'être à

nouveau stigmatisés, 5/27 y ont répondu positivement. Par contre, certains patients qui se rendent dans ces milieux, évitent de divulguer leur statut sérologique aux professionnels (10/22, 8 n'ont pas répondu à cette question).

Dans cette même étude, la discrimination est reconnue pour son impact négatif sur la prise en charge de l'infection et de la prévention du VIH. Selon les auteurs, la discrimination participe de façon directe ou indirecte à la propagation de l'infection par le VIH.

Selon Poon et al. (2009), les attitudes négatives des infirmières peuvent être facilement détectées par les patients obèses. Ceci a une conséquence défavorable sur la relation soignant-soigné et peut sérieusement augmenter le stigmatisation et la mauvaise image corporelle qu'accompagne souvent l'obésité.

Werner et al. (2011) (E8) ont mené une étude auprès de 667 étudiants infirmiers, des travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes et d'éducateurs spécialisés. Le but de l'étude est d'examiner les facteurs associés aux intentions des étudiants à travailler avec des personnes souffrants de déficience intellectuelle (DI). Les résultats ont montré que le manque de connaissance et de compétence sur les déficiences intellectuelles associé au manque d'expérience de ces professionnels, ont des conséquences néfastes sur les patients et leurs familles. Ces derniers sont susceptibles d'être laissés avec des soins et des besoins émotionnels insatisfaisants.

6.2.5 Conséquences liées aux infirmières

Ces mêmes auteurs font remarquer que, dans cette étude, la plupart des infirmières ont reconnu leur ignorance concernant la maladie mentale. Ce sentiment de manque de connaissance et de compétence ressenti par les infirmières, les incitent à avoir une perception d'elles-mêmes négative. Cette perception a pour conséquence un effet de frustration chez les infirmières car elles sont en incapacité d'offrir une bonne prise en charge à ces patients.

6.3 STRATÉGIES POUR ÉVITER LA STIGMATISATION

Les résultats de l'étude d'Andrianasolo et al. (2010) (E1) apportent des stratégies pour éviter la stigmatisation telles que le renforcement de connaissances du personnel en matière de VIH. Pour ce faire, les auteurs proposent l'enseignement postuniversitaire et des formations pour la remise à niveau destinés en priorité au personnel médical. Il ne faut pas oublier la nécessité de réaliser d'autres études sur la discrimination pour mieux cerner le problème et agir en conséquence.

L'étude de Dubois-Arber et al. (2001) (E3), précise aussi qu'il est important de faire d'avantage de recherches sur la stigmatisation et la discrimination. Pour qu'un changement s'opère, il faut faire connaître les résultats des études aux pouvoirs publics, associations et usagers des services et institutions investiguées.

La formation théorique seule ne semble pas influencer l'attitude des professionnels de santé sur les PVVIH, un contact et une prise en charge réelle semblent plus efficaces (Randriatsarafara et al., 2012, E2). Cette même étude conduit à deux axes stratégiques essentiels afin de diminuer la discrimination : un renforcement de capacité du personnel de santé et une promotion du respect des droits du patient.

Nous avons rencontré, à plusieurs reprises dans les articles, la théorie du comportement planifié (études : E8, E9, E10). En effet, les auteurs ont utilisé cette théorie afin de comprendre les intentions et les attitudes des étudiants et des professionnels envers les patients stigmatisés. Nous allons l'expliquer en quelques mots ci-dessous.

Cette théorie est fondée sur les concepts de la théorie de l'action raisonnée. Ajzen (1985, cité par Filiatrault et Richard, 2005) a voulu ajouter une précision à ce modèle et l'a nommé théorie du comportement planifié (TCP). Il a remarqué certaines limites à la théorie de l'action raisonnée. Selon lui, cette théorie n'est plus adaptée lorsque l'individu n'a pas un contrôle total sur le comportement désiré (Godin et Kok, 1996, cité par Filiatrault et Richard, 2005).

Selon Filiatrault et al. (2005), « la théorie de l'action raisonnée suggère que le déterminant le plus important du comportement est l'intention comportementale (motivation)» (p. 52). Cette intention comportementale est influencée par deux facteurs cognitifs :

- L'attitude (positive ou négative) correspond à l'attitude vis-à-vis du comportement à adopter et est déterminée par les croyances de l'individu concernant son comportement et l'importance qu'il donne à ses valeurs.
- Les normes subjectives correspondent aux attentes de l'entourage à l'égard de l'adoption du comportement. D'autre part elles correspondent aussi à la motivation de l'individu à s'adapter aux opinions de son entourage.

Comme cité précédemment, ce qui manque à cette théorie est la perception du contrôle comportemental. Selon Ajzen (1985, cité par Filiatrault et al., 2005)

la perception du contrôle comportemental reflète les croyances de la personne quant au degré de facilité ou de difficulté à réaliser le comportement. Elle est déterminée d'une part, par les croyances de la personne en ce qui trait à la

présence ou l'absence de ressources et d'obstacles à la réalisation du comportement [...]. D'autre part, la perception du contrôle comportemental est influencée par la perception de la personne à l'égard du pouvoir d'influence de chacune de ses ressources et de ses obstacles sur le comportement (facilitation ou inhibition du comportement) (p.52).

Sur la base de la théorie du comportement planifié, Werner et al. (2001) (E8) ont identifié les intentions des étudiants à travailler avec cette population. De cette analyse est ressortie une plus forte corrélation positive qui se situe entre l'intention de travailler avec les individus souffrant d'une DI et les normes subjectives. C'est-à-dire que la motivation envers le travail avec ces patients est positivement reliée aux attentes et opinions de l'entourage concernant le travail avec les personnes souffrant d'une DI.

7 DISCUSSION

Dans ce chapitre nous allons tout d'abord effectuer une synthèse des résultats puis une critique des études retenues pour notre revue de littérature étoffée. La partie suivante mettra en lien les résultats obtenus avec les cadres de référence exposés au début de ce travail. Une troisième partie abordera les points forts et les limites de notre revue de littérature étoffée. En dernier lieu, nous répondrons à nos questions de recherche.

7.1 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Concernant la stigmatisation et la discrimination dans les soins, les principaux points suivant sont ressortis :

- Il a été relevé que la stigmatisation est une problématique très présente dans les soins, dans de nombreux pays et touchent ainsi différentes populations susceptibles d'être victimes de stigmatisation. De plus, dans la plupart des articles, les infirmières sont désignées comme étant les principaux professionnels de la santé à avoir des attitudes discriminatoires.
- Divers facteurs influencent les attitudes de stigmatisation et de discrimination selon plusieurs articles. Le facteur le plus probant est le manque de connaissance et de compétence en ce qui concerne certaines populations plus à même d'être stigmatisées. Selon les populations interrogées, les formations en soins infirmiers ne préparent pas suffisamment les étudiants à la rencontre de ces populations stigmatisées et n'abordent pas de manière adéquate cette problématique. Ainsi, le manque de connaissance est considéré comme un frein à la qualité de la prise en charge des patients sujets à la stigmatisation. Des participants aux études trouvent le travail avec les patients stigmatisés comme par exemple les personnes obèses, celles souffrant de maladie mentale ou atteintes de maladies infectieuses, ou âgées moins attrayant.
- Certains résultats d'articles mettent en évidence l'impact de la stigmatisation sur la santé des patients. Cet impact se traduit par le refus de certains patients à retourner dans un endroit où ils ont été victime de stigmatisation, ils omettent volontairement de signaler leur maladie comme dans le cas du VIH ou ils ont une mauvaise estime de soi.

7.2 REGARD CRITIQUE DES ÉTUDES

Notre revue de littérature étoffée comporte principalement des recherches qualitatives. Nous avons analysé tous nos articles à l'aide de la grille critique de recherche de Loiselle (2007, cité par Bassal et Nadot, 2011), que nous avons adaptée (Annexe D/E). De manière générale, les recherches sélectionnées respectent les critères de rigueur méthodologique du travail de Bachelor selon la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Cependant, certains articles ne contiennent pas tous les éléments essentiels, certains ne sont pas clairement mis en évidence tel la question de recherche ou le devis, qui ont compliqué la compréhension de l'article. Nous avons rencontré une certaine difficulté dans la compréhension des articles liés à la méconnaissance des outils et logiciels d'analyse des données. Dans l'ensemble, les articles sont écrits dans un anglais accessible à notre niveau. Néanmoins, les articles provenant d'Angleterre ont un anglais scientifique et difficile à la compréhension. Des erreurs de syntaxe et d'orthographe sont survenues dans certains articles qui peuvent faire penser qu'ils sont moins pertinents même si le contenu est bon.

La plupart de nos articles ont été publiés entre 2001 et 2012, un seul date de 2000. Les sujets de nos études scientifiques n'abordent pas tous les mêmes thématiques mais apportent des éléments importants à nos questions de recherche. De part leur situation géographique, une grande partie des articles (n=7) proviennent de pays non européens, de ce fait, comme cité auparavant, nous devons faire attention lors de la généralisation des résultats. Malgré les différences d'origines des articles, les résultats se sont avérés être similaires.

La majorité de nos articles retenus (n=10) ont un grand échantillon dépassant 100 participants, ce qui permet de généraliser les résultats.

Dans la majorité des articles, l'éthique a été respectée. Les participants ont donné leur consentement éclairé, ils ont été informés de l'objectif et du déroulement de l'étude. Du temps et de l'espace nécessaire ont été accordés à chaque participant pour exprimer son point de vue. Les auteurs ont fait attention à garder l'anonymat des participants et les ont clairement informé au début de leurs enquêtes. De plus, l'approbation éthique du pays dans lequel se déroule l'étude a été en majorité accordée par la commission éthique et scientifique.

Certains articles sont écrits par un seul auteur pour diverses raisons comme par exemple l'article de Carde (E11). Elle a réalisé sa recherche dans le cadre de l'obtention de son doctorat. Un autre auteur, Werner (E9), a effectué une recherche scientifique seul. Il est cité dans l'étude que cet auteur travaille à l'Université du travail

social et du bien-être social d'Israël ; sa fonction n'est pas précisée, mais nous supposons qu'il a une qualification lui permettant d'effectuer seul cette recherche. Le contenu de son étude nous a malgré tout paru pertinent.

7.3 DISCUSSION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LES CADRES DE RÉFÉRENCE

Dans ce chapitre nous allons mettre en lien les principaux résultats de nos recherches et les cadres de référence développés précédemment dans le chapitre 2.

7.3.1 Stigmatisation et soins infirmiers

Nous avons mis en évidence dans nos études scientifiques, la présence importante de la stigmatisation dans les soins. De manière générale, ce phénomène est principalement rencontré chez les professionnels infirmiers. Nous nous sommes demandées pourquoi ce sont les infirmières qui ressortent toujours comme les professionnels de la santé les plus stigmatisants. Nous expliquons ce phénomène par le fait qu'elle fait partie des professionnels qui sont en contact permanent avec les patients. Elle est donc en première ligne lors des plaintes et demandes du patient, et ainsi peut provoquer plus facilement un épuisement qui peut être facteur d'attitudes de stigmatisation.

De plus, dans l'étude de Randriatsarafara et al. (2012) (E2) sur le VIH, il est rapporté que les infirmières sont effectivement, puisque leur rôle les amènent à être le plus en contact avec les patients, les plus exposées aux accidents dus par exemple, aux aiguilles d'injections. Cette exposition aux accidents additionnée à un manque de connaissance pousse les infirmières à prendre des précautions excessives qui favorisent des attitudes et pratiques discriminatoires. Cependant, de nombreuses études (Shiao, J., Guo, L. et McLaws, ML., 2002 ; Falagas, ME., Karydis, I. et Kostogiannou, I., 2007) ont relevé l'infime part de risque encouru par le personnel médical en matière de transmission du VIH en milieu médical. Le risque d'accident n'est que de 3,38 par 100 employés à plein temps par an.

Plusieurs études se sont intéressées à identifier les perceptions des étudiants en soins infirmiers face aux patients plus à même d'être stigmatisés. Contrairement aux infirmières, les étudiants ont moins d'expérience donc moins de contact direct avec ces populations. Ceci engendre d'éventuels comportements stigmatisants de leur part. Ce manque de contact a aussi un impact sur l'évolution de leur représentation de certaines maladies prédisposées à la stigmatisation. En effet, Randriatsarafara et al., (2012), (E2) constatent que l'apport théorique seul ne semble pas suffisant à influencer

l'attitude des professionnels de santé sur les PVVIH, un contact et une prise en charge réelle semblent plus efficaces .

7.3.2 Le changement des représentations sociales

Sachant le temps nécessaire pour qu'une représentation sociale change, c'est-à-dire plusieurs générations, nous nous sommes questionnées sur les facteurs principaux nécessaires à modifier voir changer une représentation sociale. Autrement dit, que faut-il pour amener une représentation sociale à changer ? Pour opérer un changement dans la structure des représentations sociales, il est plus facile d'agir sur le système périphérique que sur le système central, autrement dit le noyau (Flament et al., 2003). Pour répondre à ces questionnements, Chevallier et al. (2007) (E7), ont analysé l'évolution des représentations des étudiants face à la psychiatrie depuis le début de leur formation jusqu'à la fin. Les résultats ont révélé que les étudiants en soins infirmiers en début de formation avaient, pour la plupart, une représentation négative de la psychiatrie. Au fil de la formation, les représentations ont évolué positivement grâce aux nombreuses heures de cours dispensés dans le domaine de la psychiatrie. Nous mettons en évidence donc l'importance d'augmenter les connaissances et surtout de rectifier celles qui, par différentes stratégies, sont erronées.

Comme cité dans le chapitre ci-dessus, l'apport théorique sans la pratique ne suffit pas à changer les attitudes des professionnels. En effet, selon Chevallier et al. (2007) (E7), il semblerait que le travail sur les représentations se fasse dans la pratique plutôt que dans les acquisitions théoriques. Ceci est parfaitement en accord avec la définition du concept de représentations sociales comme étant le produit de notre propre expérience et du bain social et culturel dans lequel nous vivons. L'auteur révèle qu'il est important qu'il y ait une rencontre entre les professionnels du terrain et les élèves, à la fois lors des cours et de la pratique. Concernant notre propre formation, nous pensons qu'il y a un lien avec nos pratiques réflexives lors des stages, dirigés par les praticiens formateurs.

Les systèmes périphériques des représentations sociales sont composés de nos expériences et compétences personnelles sur lesquelles nous pouvons agir pour amener un changement. Une de ces compétences correspond à nos capacités relationnelles. Chevallier et al., (2007) (E7) soulèvent que la complexité du soin relationnel est bien plus élaboré que les savoirs nécessaires à l'apprentissage d'un soin technique. Supposant l'acquisition d'un savoir-être professionnel ne relève pas de procédures mais de processus relationnel et de communication qui requièrent une

maturité personnelle et professionnelle. Un temps de réflexion, de partage et de questionnement, sont normalement nécessaires à une bonne prise en charge, mais mise à mal lors d'attitudes stigmatisantes. En lien avec nos expériences pratiques, une remise en question par des échanges réguliers avec les collègues est nécessaire et aide à obtenir différents points de vue et ainsi augmenter le niveau de connaissances afin d'améliorer la prise en charge du patient.

Dans cette même étude (E7), l'auteur souligne que le travail de dé-stigmatisation passe par un partenariat entre associations de patients et leur famille qui sont les premiers concernés par cette problématique. La reconnaissance du patient en tant qu'individu avant de voir sa maladie, peut nous aider à contourner la stigmatisation.

7.3.3 L'éthique et la stigmatisation

En nous référant à une revue de littérature explorant les perceptions des infirmières aux problèmes éthiques dans les soins donnés à la personne âgée, nous avons pu constater que la stigmatisation est une source majeure de problèmes éthiques. (Rees, J., King, L. et Schmitz K., 2009). Les auteurs ont relevé le manque de personnel qualifié dans les soins donnés à la personne âgée impliquant un risque qui peut provoquer une pratique non-éthique, qui se traduit par de la discrimination. En parallèle, les résultats de nos études ont porté sur des pratiques non-éthiques telles que l'isolement d'un patient dans un service spécifique en raison de son statut séropositif. (Andrianasolo et al., 2012, E2).

7.3.4 Le déni de la stigmatisation

La plupart de nos études rapporte des résultats plutôt inquiétants quant à la stigmatisation commise par les infirmières. Nous nous demandons si les infirmières sont conscientes de la présence de la stigmatisation dans les soins.

Nous avons rencontré des contradictions lors de la mise en évidence des résultats. En effet, Poon et al. (2009) (E12) laisse voir que les étudiants infirmiers ainsi que les infirmières disent ne pas se sentir ni mal à l'aise, ni impatients ni dégoûtés lorsqu'ils s'occupent de patients souffrant d'obésité. Ils estiment avoir de l'empathie et ne perçoivent pas les patients atteints d'obésité comme plus exigeant. Cependant, lorsque les auteurs mesurent les attitudes à l'aide de l'échelle ATOAP (Attitudes Toward Obese Adult Patient Scale), ils constatent que les infirmières sont significativement d'accord pour dire que la prise en charge des patients souffrant d'obésité est

physiquement épuisante, inconfortable, stressante, répugnante et dégoûtante. Après ces constatations, nous avons émis trois hypothèses :

- Soit les infirmières sont conscientes de cette stigmatisation mais n'en parle pas par honte ou par peur du jugement des autres.
- Soit les infirmières n'ont pas conscience de leur attitude stigmatisante.
- Soit il existe une mauvaise interprétation des résultats de l'étude.

7.4 RÉPONSE AUX QUESTIONS DE RECHERCHE

Au vu des résultats obtenus nous pouvons répondre à nos questions de recherche qui sont: *Quels sont les facteurs qui favorisent la stigmatisation et quelles en sont les conséquences dans les soins ? Existe-t-il des stratégies pour l'éviter ?*

Comme nous avons pu le constater après analyse de nos articles, les différents facteurs qui favorisent la stigmatisation sont donc :

- Le manque de connaissance de la maladie et de sa prise en charge
- Les connaissances erronées concernant les caractéristiques spécifiques à la maladie (par exemple : la sécrétion abondante de salive, la violence, l'errance, les bruits, etc...)
- Le manque d'expérience et de compétence en lien avec la maladie
- Le manque de contact avec les populations stigmatisées
- La catégorisation des patients dans des groupes spécifiques
- La complexité de la prise en charge liée à la spécificité de la maladie
- L'environnement instable ou inapproprié pour une prise en charge de qualité
- Un effectif en inadéquation avec la charge de travail et la saturation des services.

Nous relevons ensuite les conséquences liées à la stigmatisation :

- Accès aux soins limité ou entravé pour les patients stigmatisés
- Interruption de traitement en cours ou du suivi médical par le patient
- Omission volontaire de divulguer la maladie
- Relation soignant-soigné entravée
- Mauvaise image de soi perçue par les patients

Pour répondre à la dernière question, nous amenons les stratégies afin de diminuer voire éviter la stigmatisation dans les soins :

- Augmenter les connaissances théoriques ainsi que les compétences pratiques

- Enseignement actif au moyen de jeux de rôles afin d'altérer les attitudes négatives
- Rectifier les programmes universitaires en abordant la stigmatisation et son impact sur la santé du patient
- Augmenter le contact entre professionnels de la santé et étudiants
- Augmenter les rencontres entre étudiants et patients ayant des maladies sujettes à la stigmatisation
- Poursuivre et encourager la formation des professionnels
- Insister sur les compétences interpersonnelles, c'est-à-dire le savoir-faire relationnel axé sur l'écoute, la coopération et le dialogue. Ces compétences permettraient de maintenir des relations humaines et d'interagir avec respect, considération et empathie réciproque.
- Un soutien émotionnel devrait être mis à disposition de l'équipe infirmière
- Effectuer d'avantages d'études sur la stigmatisation et rendre visible les résultats auprès du public et des professionnels de la santé
- Insister sur l'application des protocoles universels

7.5 POINTS FORTS ET LIMITES DE NOTRE REVUE DE LITTÉRATURE ÉTOFFÉE

Concernant les points forts de notre revue de littérature, nous avons relevé que le travail en duo nous a apporté plusieurs avantages. Les nombreux débats que nous avons eus au sein de notre groupe ont permis de faire émerger beaucoup d'idées enrichissantes à l'élaboration de notre travail. Nos expériences personnelles, ont été complémentaires dans la création de notre revue de littérature. Cependant, le travail à deux demande une certaine organisation, une rigueur ainsi qu'une flexibilité.

Notre parcours d'étude identique nous a apporté de bonnes connaissances en anglais et ainsi facilité la lecture des articles scientifiques. L'intérêt que nous portons à notre sujet, nous a motivé à continuer de traiter ce thème malgré les obstacles rencontrés.

Nous avons rencontré des difficultés et des limites à l'élaboration de notre revue de littérature car peu de documentation disponible correspond à notre sujet. En effet, la stigmatisation chez le personnel soignant est encore de nos jours un sujet peu abordé. Nos faibles connaissances méthodologiques ont pu influencer la compréhension de certains articles et, ainsi apporter un biais d'analyse. En règle générale, les articles proviennent de plusieurs pays différents qui en limite la généralisation. Cependant, nous avons trouvé un article suisse, qui nous a permis d'avoir un point de vue de ce

phénomène dans notre pays et deux articles d'échantillons composés uniquement de femmes mais un faible en taux de participation. Ceci rend les résultats difficilement généralisables et apporte un biais d'échantillonnage. Il est a noté qu'une des limites de notre revue de littérature étoffée et le manque d'investigations au niveau de l'aspect émotionnel des représentations sociales. De plus, nos représentations personnelles des diverses populations traitées dans ce travail peuvent avoir influencé nos propres attentes de cette revue de littérature étoffée.

8 PERSPECTIVES

Dans ce dernier chapitre, nous allons tout d'abord décrire les implications pour la pratique infirmière. Puis, nous ferons quelques propositions de recherches ultérieures.

8.1 IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE

Les implications et les recommandations pour la pratique correspondent aux stratégies citées ci-dessus. Nous allons relever les plus importantes.

Comme observé dans plusieurs études, le manque de connaissance et de compétence concernant les maladies susceptibles d'être stigmatisées par les infirmières est un obstacle à une prise en charge adéquate des patients souffrant de stigmatisation. Aussi, une plus grande sensibilisation de la stigmatisation dans les soins durant le cursus scolaire infirmier favoriserait l'acquisition de compétences et d'expériences dans ce domaine. De plus l'augmentation du contact entre les professionnels de la santé et les étudiants permet de réduire les représentations sociales négatives des futurs professionnels. Il est également important d'agir au niveau des professionnels du terrain en favorisant la formation continue afin de réactualiser les connaissances et d'éviter l'installation des préjugés.

8.2 RECHERCHES ULTÉRIEURES

Dans ce chapitre, nous mettons en évidence quelques propositions de recherches :

- L'évaluation des facteurs influençant le changement de comportement face à la stigmatisation.
- Des recherches plus précises sur l'impact de la stigmatisation sur l'état de santé du patient.
- Le développement plus détaillé de la théorie du comportement planifié et sa mise en pratique.
- Le besoin de formation des infirmières dans l'accompagnement des personnes souffrant de maladies susceptibles d'être stigmatisées.
- Investiguer la stigmatisation des patients au niveau des institutions médicales suisses.

CONCLUSION

Notre travail nous a permis de mettre en évidence la présence de la stigmatisation dans les soins ainsi que les attitudes discriminatoires que les infirmières adoptent en présence de patients souffrant de stigmatisation et ainsi de répondre à nos questions de recherche.

Ceci nous a permis de constater les conséquences néfastes de la stigmatisation à l'égard du patient. Suite à ce travail nous nous sommes sensibilisées à l'importance de la recherche afin qu'un changement dans la pratique s'opère. L'importance d'une prise en charge neutre a été relevée. De plus, nous pouvons rencontrer des patients souffrant de maladies propices à la stigmatisation dans divers milieux de soins.

Nous avons pu réaliser divers apprentissages et ainsi acquérir des compétences plus poussées dans la recherche scientifique. Nous avons pu nous familiariser avec les banques de données ainsi qu'avec la lecture et l'analyse d'articles scientifiques.

Finalement, nous sommes satisfaites de l'apport important que nous a fourni l'élaboration de ce travail et sommes certaines que cela nous servira dans notre future pratique professionnelle. Nous sommes contentes d'avoir réalisé ce travail à deux, qui a été enrichissant pour la discussion. De plus, nous nous sommes motivées l'une l'autre de manière très positive afin d'élaborer ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Baggio, S. (2006). *Psychologie sociale*. Bruxelles : De Boeck université.

Besanceney, J.Cl., Hono, R., Michot, P., Moreau, D. et Quest, M. (1991). *L'éthique et les soignants*. Paris : Editions Lamarre.

Blin, J-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan.

Blondeau, D., (1999). *Ethique et soins infirmiers*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

Dr. T. Fry, S. (1994). *L'éthique dans la pratique des soins infirmiers : guide pour la prise de décisions conformes à l'éthique*. Genève : Conseil International des Infirmières.

Flament, C. et Rouquette, M-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires – Comment étudier les représentations sociales*. Paris : Armand Colin.

Giordana, J-Y., (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Editions de Minuit.

Jodelet, D. (1995). *Folies et représentations sociales*. Paris : sociologie d'aujourd'hui.

Jodelet, D. (1999). *Les représentations sociales*. Paris : sociologie d'aujourd'hui.

Leyens, J-P., Yzerbyt, Y. et Schadron, G. (1996). *Stéréotypes et cognition sociale*. Hayen : Mardaga.

Leyens, J-P. et Beauvois, J-L. (1997). *L'ère de la cognition*. Grenoble : La psychologie sociale

Loiselle G., C. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Canada : ERPi.

Moscovici, S. (1994). *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris : Nathan.

Moscovici, S. (2002). *Pourquoi l'étude des représentations sociales en psychologie ?*. In P. Amerio, C. Flament, J-C. Abric et P. Rateau (Ed.), *Réflexions sur les représentations sociales* (pp.7-24). Ramonville Saint-Agne : Editions érès.

Seca, J-M. (2001). *Les représentations sociales*. Paris : Armand Colin.

Brochures :

Aggleton, P., Wood, K., Malcolm, A. et Parker, R. (2005). *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH*. Genève : ONUSIDA.

Association suisse des infirmières et infirmiers. (2006). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne : SBK-ASI.

Association suisse des infirmières et infirmiers. (2006). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. Berne : SBK-ASI.

Blaser, H., Lachenal-Merritt, M., Lambelin, A., Lovadina, B., Egger, B., Quenzer, R., Schmidt, V., Velan-Wolters, L. et Zierath, M. (1990). *Principes éthiques pour les soins infirmiers*. Berne : ASI-SBK.

Conseil International des Infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève : CII.

Sanimédia – information en santé publique. (2011). *L'essentiel sur les droit des patients dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud*. Neuchâtel : Sanimédia.

Rapports, Polycopiés :

Klein, J. (2009). *Principes éthiques (valeurs) présents dans la plupart des dilemmes éthiques rencontrés dans les soins*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.

Smart, R. (2007). *Stigmatisation et discrimination liées au VIH et au sida*. [Polycopié]. Durban : UNESCO.

Articles et revues périodiques:

Bingono, E. M. (2011). La théorie du noyau central : entre continuité des représentations collectives et la spécificité de la psychologie sociale. *La recherche en Education*, 6, 21-38.

Bonsack C., Conus P., Favrod J. et Morandi S. (2013). Le stigmate de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Revue Médicale Suisse*, 9, 588-592.

Deacon, H.J. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community et Applied Social Psychology*, 16 (6), 418-425.

Fayard, A. et Fortin J. (2012). Stigmatisation : quel impact sur la santé ? *La santé de l'homme*, 419, 7-16.

Lauber C., Nordt C., Braunschweig C. et Rössler C. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (suppl.429), 51-59.

Link, B.G., et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual review of Sociology*, 27, 363-383.

Massé, R. (2012). Stigmatisation sociale et santé publique : les enjeux éthiques. *La santé de l'homme*, 419, 9-12.

Othoman, M. (2010). Vienne rigths here rights now ! Compte rendu de la XVIII, conférence internationale sur le sida 18-23 juillet 2010. *Transcriptases*, 144, 78-80.

Pr. et Dir Arboleda-Flórez, J. (s.d). *L'état des connaissances : stigmatisation et violations des droits de la personne. Santé mentale : appel à l'action*, 61-104.

Tillet, J., ND, CNM et FACNM. (2010). Nurses and Bias. Providing Better Care With Respect ans Understanding. *Journal of Perinatal et Neonatal Nursing*, January-March 2010, 1-4.

Sites WEB :

Deswarte, E. (2012). *Stéréotypes de genre*. [Page Web]. Accès : http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=101&Itemid=44 [Page consultée le 14 mai 2012].

FRA – Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne. (2012). *Inégalités et discrimination multiple dans le domaine des soins de santé*. [Page Web]. Accès : http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1947FRAFactsheet_InequMultDiscrimination_FR.pdf. [Page consultée le 21 mai 2013].

Gingras, F-P. (2004). Quelques cadres de référence pour la recherche. [Page Web]. Accès : <http://aix1.uottawa.ca/~fgingras/metho/cadres.pdf>. [Page consultée le 28 juin 2013].

Organisation suisse des patients. (2011). *Chapitres choisis de la brochure « Les droits des patients » du GUS*. [Page Web]. Accès : <http://www.droitsdupatient.ch/services/osp.htm>. [Page consultée le 14 mai 2012].

Articles scientifiques inclus dans la Revue de Littérature

Andrianasolo, R.L., Rakotoarivelo, R.A., Randriarimanana, D., Angijiro, P.G. et Randria, M.J.D. (2011). Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar. *Médecine et maladies infectieuses*, 41, 2-6.

Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 19, 99-109.

Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Rebelo Botelho, M. A., Scott, A., Staniulienė, V. et Zanotti, R. (2010). Nurses attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 350-362.

Chevallier, D., Dunezat, P. et étudiants infirmiers de Sainte-Marie promotion 2004-2007. (2007). Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *L'information psychiatrique*, 83 (8), 675-681.

Dubois-Arber, F., Haour-Knipe, M., Discrimination work group. (2001). HIV/AIDS institutional discrimination in Switzerland. *Social Science et Medicine*, 52, 1525-1535.

Lunsky, Y., Gracey, C. et Gelfand, S. (2008). Emergency Psychiatric Services for Individuals With Intellectual Disabilities: Perspectives of Hospital Staff. *Intellectual And Developmental Disabilities*, 46 (6), 446-455).

McKinlay, A. et Cowan, S. (2003). Student nurses' attitudes towards working with older patients. *Journal of advanced nursing*, 43 (3), 298-309.

Poon, M-Y. et Tarrant, M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2355-2365.

Randriatsarafara, F. M., Rasoloarimanana, A. R., Ralamboson, S., Rakotonirina, E. J., Ranjalahy, R. J. J. et Rakotomanga, J. D. M. (2012). Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo. *La Revue Médicale de Madagascar*, 2 (1), 95-104.

Rees, J., King, L. et Schmitz, K. (2009). Nurses' Perceptions of Ethical Issues in the Care of Older People. *Nursing Ethics*, 16 (4), 436-451.

Schwartz, L. K. et Simmons, J. P. (2001). Contact quality and attitudes toward the elderly. *Educational Gerontology*, 27 (2), 127-137.

Tervo, R. C., Palmer, G. et Redinius, P. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 18, 908-915.

Vialla, F. (2009). Le refus de soins peut-il induire une discrimination ? La réforme annoncée de l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique. *Médecine et Droit*, 2-9.

Werner, S. (2010). Assessing female students' attitudes in various health and social professions toward working with people with autism: A preliminary study. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 131-137.

Werner, S., Grayzman, A. (2011). Factors influencing the intention of students to work with individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2502-2510.

ANNEXES

Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir effectué ce travail nous-mêmes, en ayant respecté les critères et les normes selon les directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées. »

Evelise Tavares Da Mourra

Sophie Gingins

Annexe C : Référentiel des compétences en soins infirmiers



Bachelor HES-SO en soins infirmiers

Semestre automne printemps Répétition

Lieu de période de formation pratique
 Institution : _____ Nom de l'étudiant-e : _____
 Service : _____ Promotion : _____
 Site de formation : _____ Période du / au : _____

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES – niveau 3^{ème} année bachelor

Synthèse de l'évaluation:

Absences pendant la période de formation pratique : _____ jours

Dates et Signatures:
 Étudiant-e: _____ Praticien-ne formateur-trice
 Formateur-trice HES

(a pris connaissance)

Résultat ¹ :		
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	
<input type="checkbox"/> FX	<input type="checkbox"/> F	

¹Résultats selon l'échelle de notation ECTS :

A = Excellent : résultat remarquable, avec seulement quelques insuffisances mineures
 B = Très Bien : résultat supérieur à la moyenne, malgré un certain nombre d'insuffisances
 C = Bien : travail généralement bon, malgré un certain nombre d'insuffisances notables
 D = Satisfaisant : travail honnête mais comportant des lacunes importantes
 E = Passable : le résultat satisfait aux critères minimaux
 FX = Insuffisant : la période de formation pratique doit être répétée
 F = Insuffisant : la période de formation pratique doit être répétée

CORESLOC / juillet 2006 / HEDS-FR / avril 2012

Hes-so
 Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
 Fachhochschule Westschweiz
 University of Applied Sciences
 Western Switzerland

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

Commentaires:

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

L'étudiant-e :

conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

réalise les soins requis :

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

organise son travail en tenant compte du contexte :

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

Commentaires:

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

Commentaires:

4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

Commentaires:

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

Commentaires:

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

Commentaires:

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

Commentaires:

8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

Commentaires:

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

Commentaires:

Annexe C : Tableau de synthèse des recherches

N°	Auteurs	Années	Pays	Devis	Rigueur méthodologique	Résumé
E1	Andrianasolo, Rakotoarivelo, Randriarimanana, Angjiro et Randria	2010	Madagascar	Étude rétrospective, multicentrique, descriptive et analytique	Respectée	Cette étude vise à déterminer la discrimination contre les personnes avec le VIH en milieu médical à Madagascar.
E2	Randriatsarafara, Rasoloarimanana, Ralamboison, Rakotonirina, Ranjalahy et Rakotomanga	2012	Madagascar	Étude rétrospective à visée analytique	Respectée	Les objectifs de l'étude sont d'identifier les facteurs influençant les attitudes discriminatoires des professionnels de la santé vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans les formations sanitaires. Le deuxième objectif est de suggérer des stratégies d'améliorations des comportements des professionnels dans leur relation avec les PVVIH.
E3	Dubois-Arber, Haour- Knipe, Groupe de travail sur la discrimination	2001	Suisse	Étude qualitative	Respectée, cependant l'intervalle de temps entre laquelle l'étude s'est déroulée n'est pas mentionné	Les buts de cette recherche sont de fournir une première estimation sur le niveau de discrimination institutionnelle du VIH en Suisse. Si la discrimination est présente, le but sera de formuler des recommandations à l'office fédéral de la santé publique et aux autres institutions importantes

						combattant cette discrimination. Le dernier but est de tester le protocole de l'ONUSIDA dans un pays industrialisé.
E4	Chambers, Guise, Välimäki, Robelo Botelho, Scott, Staniuliené, Zanotti	2009	Angleterre	Étude qualitative	Respectée	Cet article décrit et compare les attitudes envers la maladie mentale et les problèmes liés à la santé mentale éprouvés par les infirmières travaillant dans un établissement de santé mentale dans 5 pays européens. Il a aussi pour but d'identifier les facteurs associés aux attitudes des infirmières.
E5	Mavundla	2000	Afrique du Sud	Étude qualitative, descriptive et exploratoire	Respectée	Le but de cette étude est d'explorer et de décrire les perceptions des infirmières dans un hôpital général sur les soins aux personnes avec une maladie mentale.
E6	Tervo, Palmer et Redinius	2003	États-Unis	Étude quantitative, enquête transversale	Respectée, mais il manque les mots-clés	L'objectif de cette étude est d'investiguer les attitudes des étudiants futurs professionnels de la santé envers les personnes avec un handicap.
E7	Chevallier et Dunezat	2007	France	Étude qualitative	Respectée mais il manque le devis de recherche	Le but de cette étude est de détailler plus particulièrement ce qui amène un étudiant en soins infirmier à travailler en psychiatrie, au-delà des stigmates liés à la spécialité et au patient.

E8	Werner et Grayzman	2011	Israël	Étude qualitative	Respectée	cette étude examine les facteurs associés aux intentions des étudiants en soins infirmier et du domaine social à travailler avec des personnes souffrant de déficience intellectuelle.
E9	Werner	2010	Israël	Étude quantitative	Respectée	Cette étude évalue les attitudes des étudiants dans divers professions sociales et de la santé envers le travail avec des personnes atteintes d'autisme. Le deuxième but est de fournir les informations qui peuvent être incorporées dans la conception de programmes d'interventions efficaces.
E10	McKinlay et Cowan	2003	Royaume Unis	Étude qualitative	Respectée	Le but de cette étude est d'examiner les attitudes apportées par les élèves infirmiers envers le travail avec les patients âgés.
E11	Carde	2007	France	Étude qualitative	Respectée	L'auteure s'est demandée comment l'accès aux soins peut être différencié selon les critères que strictement médicaux.
E12	Poon et Tarrant	2009	Chine	Étude quantitative, enquête transversale	Respectée	L'étude a pour but d'étudier les attitudes des étudiants en soins infirmiers et des infirmières diplômées envers les personnes obèses et envers leur prise en charge.

Annexe D : Grille de lecture critique des articles scientifiques

« Titre de l'article scientifique »

Auteurs/Année	
Résumé	Objectifs : Mots-clés :
Introduction	Énoncé du problème : Question de recherche : Idées et concepts centraux :
Méthodes	Devis : Échantillon : Méthode de récolte des données : Méthode d'analyse des données :
Résultats	
Discussion	Perspectives : Limites de l'étude :
Critique personnelle et méthodologique	Critiques personnelles Critiques méthodologiques :

Annexe : Grilles d'analyse des recherches

Etude 1 : « Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar » (E1)

Auteur /Année	Andrianasolo ¹ , R.L., Rakotoarivelo ¹ , R.A, Randriarimanana ² , D., Angijiro ¹ , P.G. et Randria ¹ , M.J.D. (2010) ¹ : service des maladies infectieuses, HJR Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar ² : service de pneumologie, HJR Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar
Résumé	Objectif : Cette étude vise à déterminer la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en milieu médical à Madagascar. Mots-clés : discrimination, Madagascar, milieu médical, VIH.
Introduction	Énoncé du problème : En matière de lutte contre la propagation de l'infection du VIH/sida, la stigmatisation et la discrimination jouent un rôle non négligeable sur le développement et le maintien de l'épidémie du VIH. Plusieurs secteurs peuvent être le lieu de discrimination dont le milieu médical. Question de recherche : En s'intéressant au vécu des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les chercheurs se demandent quel est le profil de la discrimination de ces personnes à Madagascar en milieu médical. Idées et concepts centraux : Selon le programme commun des Nations unies sur le VIH (ONUSIDA), la discrimination liée au VIH se définit comme « toute mesure qui comporte une distinction arbitraire entre des personnes en fonction de la séropositivité au VIH, confirmée ou présumée ou de leur état de santé ».
Méthodes	Devis de recherche : Étude rétrospective, multicentrique, descriptive et analytique. Échantillon : L'échantillon comprenait des personnes vivant avec le VIH et du personnel de santé travaillant dans les centres hospitaliers (médecins généralistes et spécialistes, étudiants en médecine, dentistes, infirmiers et infirmières). L'étude a été réalisée dans 17 centres hospitaliers publics et privés de Madagascar. Étaient inclus dans l'étude 30 PVVIH âgées de plus de 20 ans et 100 personnels de santé qui ont accepté d'y participer. Méthode de récolte de données : La récolte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en langue malgache et française. Le questionnaire était rempli de façon anonyme. Les critères d'inclusions et d'exclusions sont clairement définis. Les questionnaires mal remplis, illisibles ou inexploitable ont été exclus. Méthode d'analyse des données : Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel Epi Info 2000 version 3.3.2. La mesure d'association utilisée était le

	<p>risque relatif (RR) avec un intervalle de confiance à 95% (IC 95%). Les comparaisons des proportions ont été testées par le χ^2 de Pearson.</p>
Résultats	<p>Analyse des réponses des PVVIH : Parmi les 100 questionnaires distribués, 36 ont été remplis dont 30 inclus et 6 exclus. Dans les 30 PVVIH, 36,6% ont dit être victimes de discrimination contre 63,4% qui disent le contraire. Selon le genre, 5/15 d'homme et 6/15 de femmes se sentent discriminés. Selon la tranche d'âge, dans les 20 à 30 ans 1/9 se sente discriminé, dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans 9/16 se sentent discriminés et 1/5 dans les plus de 40 ans.</p> <p>Analyse des réponses des professionnels de santé : Parmi les 115 questionnaires distribués, 104 ont été remplis dont 100 inclus et 4 exclus. Les questions s'adressant au personnel de la santé étaient focalisées sur les connaissances de transmission du VIH.</p> <p>Analyse des résultats des connaissances des professionnels sur le mode de transmission du VIH: Concernant les niveaux de connaissance de modes de transmission, 53% des personnels de santé ont répondu correctement contre 47% lorsque les auteurs les ont posé la question : « D'après vous quels sont les modes de transmission possible du VIH ? ». Les réponses étaient considérées comme correctes uniquement si les professionnels de santé donnaient les 4 modes de transmission du VIH connu (sexuel, sanguin, mère-enfant et allaitement). Parmi les réponses fausses (47%), 15% affirmaient la transmission du VIH par la salive et 2% par le contact. Selon la profession, 64% des médecins ont répondu correctement sur les modes de transmission, 62% pour les paramédicaux (infirmières), 50% pour les chirurgiens et seulement 25% pour les dentistes. Sur les 30 PVVIH, 11 se sentent discriminés dans le milieu médical. Parmi ces 11 PVVIH discriminés, 8 se sentent discriminés par les infirmières (8/11), 2 par les médecins (2/11) et 1 par les étudiants (1/11).</p>
Discussion	<p>Les résultats mentionnés ci-dessus montrent l'existence de la stigmatisation dans les soins et surtout par les paramédicaux (infirmiers-ères).</p> <p>Impacts de la stigmatisation dans les soins : La stigmatisation est reconnue pour son impact négatif sur la prise en charge de l'infection au VIH en perturbant l'accès au soin ainsi que la prévention. Par conséquent, la discrimination participe de façon directe et indirecte à la propagation de l'infection par le VIH. En effet, l'impact de cette discrimination dans les soins se manifeste par le refus et la réticence des PVVIH à aller dans un milieu hospitalier. L'étude constate que les PVVIH préfèrent ne pas tenir au courant le personnel de santé sur leur statut sérologique. Les attitudes du personnel de santé de l'étude apportaient encore plus d'arguments sur la réalité de la discrimination en milieu hospitalier. En effet, l'utilisation injustifiée de matériels différents (stéthoscope, tensiomètre, thermomètre) envers des séropositifs au VIH est l'une des preuves de cette stigmatisation.</p> <p>Hypothèses de compréhension : Le refus du personnel de santé de donner des soins aux personnes séropositives est aussi une réaction connue. L'explication la plus probable pour ce refus est la crainte de l'infection au VIH. Cette dernière peut avoir plusieurs origines, notamment le</p>

	<p>manque de connaissance sur cette infection. En effet, d'après les PVVIH, les causes principales de la discrimination perpétuée par le personnel dans le milieu médical sont une connaissance erronée sur les modes de transmission du VIH et la peur de la contamination.</p> <p>Perspectives : Dans cette étude, la méconnaissance des modes de transmission du VIH par le personnel de santé est un problème ayant un impact sur la discrimination. D'où l'importance de former tout le personnel de santé sur les maladies infectieuses comme le VIH, ainsi que sur l'impact que la discrimination a sur les patients atteints de cette maladie infectieuse.</p> <p>Limites de cette étude: Une partie du personnel soignant interrogé avait des connaissances erronées sur le mode de transmission du VIH, ce qui peut limiter leur compréhension de certaines questions soulevées par les auteurs. L'effectif réduit de la population d'étude rend délicat l'interprétation des résultats. L'étude a été faite en langue malgache et française, la traduction a pu modifier le sens de ce qui a été dit.</p>
<p>Critique personnelle et méthodologique</p>	<p>L'étude n'a pas été effectuée dans un pays européen. De ce fait, les résultats pourraient différer en fonction des habitudes de vie différentes, des croyances et de la religion. L'étude se déroulant dans un seul pays, peu de populations différentes sont présentées. Les principales conclusions de cette étude s'appliquent uniquement à Madagascar, pays en voie de développement et où les possibilités de formations sont restreintes.</p> <p>Critiques méthodologiques : L'étude respecte les critères méthodologiques. Cependant le devis de recherche n'est pas indiqué.</p>

Etude 2 : « Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo » (E2)

Auteurs/Année	<p>Randriatsarafara, F.M^{1,2}, Rasoloarimanana, A. R.³, Ralamboson, S⁴, Rakotonirina E.J^{1,5}, Ranjalahy R. J. J², Radotomanga, J. D. M^{1,2} (2010)</p> <p>¹ : Département de Santé publique, Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar ² : Institut National de Santé Publique et Communautaire, Antananarivo, Madagascar ³ : Coordinateur ONG SISAL, Antananarivo, Madagascar ⁴ : Service de Médecine Interne au CENHOSOA, Antananarivo, Madagascar ⁵ : Etablissement de Santé Publique AnaLakely, CHU d'Antananarivo, Madagascar</p>
Résumé	<p>Objectifs : Les objectifs de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les facteurs influençant les attitudes discriminatoires des professionnels de santé vis-à-vis des PVVIH dans les formations sanitaires. ▪ Suggérer des stratégies d'amélioration des comportements des professionnels dans leur relation avec les PVVIH. <p>Mots-clés : Discrimination, stigmatisation, personnes vivant avec le VIH, professionnel de santé, droits.</p>
Introduction	<p>Énoncé du problème : Il a été reconnu que les faibles accès aux soins sont corrélés avec les attitudes de discrimination et de stigmatisation de la part des professionnels de santé vis-à-vis des PVVIH (patients vivant avec le VIH). Ces attitudes peuvent freiner l'accès aux soins. La discrimination en milieu médical entrave la prévention et la prise en charge de l'infection de VIH car la relation de confiance patient-soignant est rompue. Les personnes séropositives vivant à Madagascar en souffrent. La stigmatisation est devenue un problème majeur dans la prise en charge d'un PVVIH en Afrique.</p> <p>Question de recherche : Il est sans doute légitime de penser à se protéger soi-même et de protéger également les autres patients en respectant les précautions universelles ; mais pour se protéger, les professionnels de santé sont-ils obligés de discriminer certaines catégories de patients ?</p> <p>Idées et concepts centraux : Dans cette étude, a été classée comme une personne discriminante, toute personne qui change son attitude et sa pratique en fonction de la connaissance du statut sérologique d'un patient.</p>
Méthodes	<p>Devis : Etude rétrospective à visée analytique</p> <p>Échantillon : Le mode d'échantillonnage et taille de l'échantillon ont été basés sur une technique d'échantillonnage aléatoire stratifiée à deux degrés. À partir d'une liste de toutes les formations sanitaires, la stratification a été réalisée, d'abord en fonction des types de</p>

	<p>structure avec 60% pour le milieu hospitalier et 40% pour les formations sanitaires de base. Ensuite, au niveau de chaque structure nous avons pris une proportion de 65% et 35% correspondant au poids respectifs des médecins et des paramédicaux.</p> <p>Enfin la taille de l'échantillon a été calculée à partir de la prévalence attendue de 20% et en utilisant une précision de 5% et un intervalle de confiance désirée de 95%. Ce qui nous donne un échantillon de 245. Mais en incluant les impondérables, les auteurs ont recruté au total 255 personnes.</p> <p>Méthode de récolte des données :</p> <p>Dans les structures hospitalières, le mode de recrutement de l'unité statistique s'est déroulé de manière aléatoire au sein des services proportionnellement à leur effectif. Les enquêteurs ont été répartis dans chaque type de service. Un questionnaire anonyme pré-testé a été administré par des enquêteurs préalablement formés. Les professionnels de santé ont été interviewés dans leur cadre de travail habituel.</p> <p>Méthode d'analyse des données :</p> <p>La saisie et le traitement des données ont été effectués sur le logiciel Epi-Info 3.5.2. La comparaison des pourcentages a fait appel aux tests de Chi carré. Un intervalle de confiance de 95% a été affecté aux résultats obtenus. Le seuil de signification statistique à utiliser est de $p < 0,05$.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Au total, 255 questionnaires ont été administrés, deux personnes ont refusé l'interview.</p> <p>Connaissances des modes de transmission du VIH</p> <p>Un peu plus de la moitié des répondants (54,2%) ont cité correctement les trois modes de transmission du VIH. Un peu plus du tiers (36%) ont cité des réponses correctes mais incomplètes. La transmission sexuelle a été la plus souvent citée. Près de 9,8% ont émis des réponses incorrectes.</p> <p>Un peu plus de la moitié soit 147 (58,1%) ont déjà reçu des formations sur le VIH. Ceux qui ont déjà connu des PVVIH ont été au nombre de 140 (55,3%) dont 114 (44,7%) dans le cadre de leur travail.</p> <p>Proportion de discriminants parmi le personnel de santé</p> <p>Sachant le résultat sérologique du patient, 65,7% du personnel de santé ont pris des précautions particulières qu'ils n'auraient pas prises pour une autre personne. C'est la proportion de répondants considérés comme discriminants et stigmatisant dans cette étude (n=251).</p> <p>Actes considérés comme discriminatoires recensés</p> <p>Près de 74,7% (186/249) des répondants ont préféré connaître le statut sérologique d'un patient séropositif au VIH en cas de référence par un collègue.</p> <p>Facteurs influençant les attitudes discriminatoires du personnel de santé</p> <p>Le personnel appartenant à la tranche d'âge supérieure à 50 ans a été statistiquement plus discriminant par rapport aux autres classes d'âge ($p=0,04$). Le genre féminin ($p=0,006$) et la catégorie des paramédicaux ($p=0,005$) ont été associés significativement à la discrimination.</p>

	<p>La formation sur le VIH n'a pas influencé significativement l'acte de discrimination même si le personnel formé est plus stigmatisant (68,5% versus 61,9%).</p> <p>Parmi les formés, plus la formation a été longue plus le personnel était discriminant. Le fait de n'avoir jamais été en contact avec un PVVIH augmenterait la discrimination mais la différence n'était pas statistiquement significative (69,8% versus 60,7%). La méconnaissance de tous les modes de transmission du VIH a été associée statistiquement à la discrimination ($p < 0,01$). Le fait d'associer un PVVIH avec des groupes particuliers de la population est associé à la discrimination (76,7% versus 60% avec $p < 0,007$).</p> <p>Nous assistons à plus d'attitudes discriminatoires chez ceux qui ont entendu parler de la loi sur les PVVIH (81,8% versus 62,9%). Mais à la question de savoir s'ils connaissent effectivement le contenu des droits des PVVIH, la méconnaissance est associée significativement à la discrimination ($p < 0,001$).</p>
<p>Discussion</p>	<p>Dans ce travail la discrimination des PVVIH dans le milieu médical atteint une proportion élevée. Il est possible que, malgré les formations continues, les professionnels les plus discriminants ne disposent pas des informations adéquates sur les comportements à adopter dans leur pratique routinière et adoptent cette attitude discriminante comme moyen de défense.</p> <p>Perspectives :</p> <p>Un système de programme incluant une intense instruction sur le VIH, la prise en charge des PVVIH et l'application des précautions universelles parmi les étudiants en soins infirmiers d'une Institution au Nigéria a permis des changements positifs quant à leurs attitudes vis-à-vis des patients.</p> <p>Un programme de formation des prestataires de soins en Chine combinant l'éducation sur la connaissance du VIH/Sida et une mise en contact avec les gens qui ont le VIH est efficace pour réduire les attitudes discriminatoires vis-à-vis des PVVIH et peut améliorer leur compétence émotive dans la prise en charge des PVVIH.</p> <p>Selon l'étude, l'hypothèse selon laquelle le contact avec un PVVIH pourrait réduire les attitudes discriminantes a été retrouvée mais la différence n'a pas été statistiquement significative.</p> <p>Soixante études menées de 1996 à 2008 sur les attitudes des étudiants paramédicaux concluaient que partout dans le monde, il existe des attitudes de rejet à l'encontre des PVVIH de la part des étudiants infirmiers.</p> <p>Les auteurs discutent des changements de point de vue des droits de l'homme dans le contexte de l'épidémie VIH/Sida et proposent le développement supplémentaire du droit à la santé par l'accroissement de la pratique, de l'évidence et de l'action.</p> <p>Les auteurs suggèrent des améliorations en 3 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le renforcement des connaissances du personnel soignant en multipliant les formations continues. ▪ Le contact humain effectif avec les PVVIH à travers l'accueil des participants dans les structures spécialisées ou réseaux prenant en charge les PVVIH. ▪ La dotation en moyens pour avoir la volonté d'appliquer les précautions universelles. <p>Limites de cette étude :</p> <p>L'effectif des répondants par formation sanitaire a été plus concentré dans les structures hospitalières. Ceci peut entraîner un</p>

	biais de sélection.
Critique personnelle et méthodologique	<p>Cet article permet de se rendre compte des facteurs influençant la discrimination. L'étude a été effectuée à Madagascar, pays en voie de développement, il faut donc faire attention à la généralisation des résultats. Il faut les interpréter en prenant en compte les valeurs et les habitudes de vie de ce pays.</p> <p>Critique méthodologique : cette étude respecte les critères de méthodologie.</p>

Etude 3: « HIV/AIDS institutional discrimination in Switzerland » (E3)

Auteurs/Année	Dubois-Arber Françoise ¹ , Haour-Knipe Mary ¹ , Discrimination Work group ¹ : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Unité d'évaluation de programmes de prévention, Lausanne
Résumé	<p>Objectifs : Les buts de cette recherche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De fournir une première estimation sur le niveau de discrimination institutionnelle du VIH en Suisse. • Si la discrimination est présente, de formuler des recommandations à l'Office fédéral de la santé publique et aux autres institutions pertinentes combattant cette discrimination. • De tester le protocole de l'ONUSIDA dans un pays industrialisé. <p>Mots-clés : SIDA, discrimination institutionnelle, évaluation, PLWHAs, Suisse</p>
Introduction	<p>Énoncé du problème : L'encouragement à la solidarité avec les personnes atteintes par le VIH est un des trois piliers de la stratégie de lutte contre le sida. Pour les autorités de santé publique, la prévention du sida ne saurait être séparée du contexte dans lequel elle se déroule. Seul un contexte social absolument respectueux des droits de l'homme peut garantir une prévention satisfaisante.</p> <p>Question de recherche : Les questions de recherches sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe-t-il des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes atteintes par le VIH en Suisse ? ▪ Dans quels domaines et sous quelle forme ces discriminations se présentent-elles? ▪ Que peut-on recommander, le cas échéant, pour y mettre fin? <p>Idées et concepts centraux Au niveau international, le programme ONUSIDA a mis sur pied un protocole pour l'identification des discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le sida. Ce protocole a pour but "de dresser une liste de types de discrimination pouvant exister dans un pays en se servant d'une méthodologie inductive, de façon à être à même d'identifier et de suivre le phénomène de discrimination liée au VIH et de mettre en œuvre des interventions pour l'éliminer". Cette étude concerne uniquement les discriminations institutionnelles (publiques et privées), c'est à dire qu'il prend en compte les lois, les règlements internes et les pratiques. Ce protocole n'a pas encore été utilisé dans un pays industrialisé. La définition choisie dans le protocole de l'ONUSIDA est d'ordre juridique. L'ONUSIDA définit la discrimination comme étant une mesure entraînant de manière arbitraire une distinction entre des personnes sur la base de leur statut sérologique ou suspecté, ou sur leur état de santé.</p>

<p>Méthodes</p>	<p>Devis : Etude qualitative</p> <p>Échantillon : Les auteurs ont recouru à 200 personnes travaillant dans des institutions publiques et privées recouvrant les cantons de Vaud et Genève. En plus, ils ont interrogé 31 PVVIH à travers les groupes locaux du SIDA.</p> <p>Méthode de récolte des données : Dans une première phase, la plupart des associations travaillant dans le domaine du VIH ont été contactées et informées sur le lancement de l'étude. Elles ont été invitées à faire un bref recensement des cas de discrimination parvenus à leur connaissance et d'indiquer si elles étaient en mesure, le cas échéant, de mettre les auteurs en contact avec les personnes concernées. Ceci a permis de mieux "baliser" le champ d'investigation, en particulier de définir les domaines qui, a priori, demandaient une investigation plus approfondie.</p> <p>Plus de 200 entretiens couvrant tous les domaines ont été menés avec des informateurs identifiés par le groupe de travail, puis par un processus de boule de neige, en face à face ou par téléphone.</p> <p>En parallèle au début des entretiens avec les personnes-clefs informatrices, divers appels aux témoignages de discrimination ont été lancés, à plusieurs reprises et sous diverses formes : par le biais des associations (séances, information aux membres, journaux d'association, etc.), par les centres de traitement (papillon d'information aux patients), par les professionnels travaillant dans le domaine, sur le site internet d'information sur le sida en Suisse, etc. 31 témoignages ont ainsi été recueillis, en face à face ou par téléphone. Ces entretiens ont duré de 20 min. à plusieurs heures. Parmi les 31 personnes qui ont témoigné, 24 avaient des choses à dire concernant le domaine de la santé, tant positives que négatives.</p> <p>Pour évaluer l'existence de discrimination liée au VIH/SIDA les critères suivants ont été utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comparaison des situations : ce critère exige que toutes les personnes dans les mêmes conditions soient traitées de la même manière. • La discrimination peut être le résultat d'une action (un traitement spécial) ou l'omission d'une action : ne pas offrir de service à quelqu'un qui a le SIDA pourrait revenir au même que de ne pas fournir de service à quelqu'un qui a une autre maladie. • La justification : la différence de traitement des personnes peut exister et être considérée comme de la non-discrimination si les mesures prises sont rationnelles et objectivement justifiées. • La proportionnalité : si différents traitements sont justifiés, ils doivent toujours être à un degré de proportion raisonnable entre les mesures employées et les buts poursuivis. • Les effets doivent être pris en compte : une mesure est arbitraire si ses effets enfreignent gravement les droits de l'individu ou sont inutiles pour protéger la santé des autres. (par ex. : exiger un certificat de séronégativité pour l'attribution d'un logement). <p>Cette étude a identifié des formes de discrimination dans des situations réelles. Une liste a été établie par le protocole de ONUSIDA couvrant 35 situations dans 9 grands domaines de la vie sociale : la santé, l'emploi, la justice et les procédures</p>
------------------------	---

	<p>légales, l'administration en prison, le bien-être social, le logement social, l'éducation, la vie de famille et les assurances.</p> <p>En ce qui concerne le domaine de la santé, à cause de l'existence de plaintes émanant des associations sur la prise en charge des personnes concernées par le VIH / sida (spécialement dans les hôpitaux), les auteurs ont procédé à un examen approfondi de ce domaine. En particulier, ils cherché à impliquer les milieux concernés dans la recherche d'informations et de témoignages. Dans le canton de Vaud l'étude a été présentée aux infirmières du réseau sida et à Genève l'étude a été présentée aux infirmières à la consultation sida.</p> <p>Méthode d'analyse des données :</p> <p>Les données ont été examinées et évaluées au cours d'une réunion final sur 2 jours avec l'équipe multidisciplinaire et un représentant du conseil consultatif. Les analyses ont été soigneusement effectuées à l'aide de critères de discrimination du protocole de l'ONUSIDA, des règles relatives à la réalité de la discrimination (le temps, le nombre, le type et la qualité), et les règles décidées dans l'étude dans le cadre des caractères institutionnels de la discrimination. Les discussions ont abouti de manière consensuelle sur la présence ou l'absence de discrimination dans les 35 de référence du protocole.</p>
Résultats	<p>La santé</p> <p>Sur les 8 situations examinées, 2 prouvaient ou suspectaient qu'il y avait de la discrimination, les 2 au niveau de la pratique. Une situation de discrimination évidente a été trouvée dans une unité hospitalière d'hémodialyse (dépistage systématique du VIH sans son consentement). L'explication donnée était que tout résultat positif aurait une incidence sur l'organisation des soins et les conséquences d'un refus de dépistage seraient extrêmement coûteuses. Si le patient refuse le dépistage, les coûts seraient une machine d'hémodialyse personnelle qui lui serait attribuée comme s'il était séropositif. D'autre forme de discrimination ont été trouvées qui consiste à ne pas transmettre les résultats des examens au patient.</p> <p>Pour que la pratique de la discrimination soit abolie il faudrait que les directeurs d'hôpitaux forment et surveillent le personnel afin qu'il puisse respecter des règles d'anti-discrimination.</p> <p>L'emploi</p> <p>Des cas de discrimination ont été reportés concernant le licenciement ou le changement de conditions de travail pour des statuts de HIV positif. Plusieurs personnes séropositives ont été licenciées mais le droit suisse ne permet que des licenciements lors de congés maladie répétés. Cette législation concerne toutes les maladies et non seulement le VIH. Il y a tout de même des comportements positifs envers les personnes séropositives de la part des collègues et des employeurs.</p> <p>Justice/Procédure légale</p> <p>Aucune discrimination institutionnelle n'a été trouvée dans ces domaines quand le protocole de l'ONUSIDA était strictement appliqué.</p> <p>L'administration : prison, police et armée</p> <p>Aucune discrimination institutionnelle n'a été trouvée dans ce domaine. L'accès à la prévention et aux soins dans les prisons était satisfaisant dans les 2 cantons.</p> <p>Bien-être social</p>

	<p>Aucune discrimination institutionnelle n'a été trouvée dans ce domaine. Le témoignage s'est porté plutôt sur les statuts d'usagers des drogues.</p> <p>Logement Aucune discrimination institutionnelle n'a été trouvée. La solvabilité est le principal critère pour les agences de location. Mais de la discrimination individuelle a été trouvée lorsque les propriétaires ont découvert la séropositivité de leur locataire.</p> <p>Education Une douzaine de témoignages ont confirmé d'excellentes expériences avec le système scolaire : aucune discrimination n'a été trouvée dans aucun niveau d'éducation allant de l'école maternelle à l'université. Des recommandations écrites ont été délivrées dans les écoles des 2 cantons afin de protéger les enfants affectés par le VIH contre la discrimination. Les écoles s'impliquent régulièrement dans des journées mondiales contre le SIDA.</p> <p>La vie de famille Aucune discrimination n'a été trouvée dans ce domaine. Le test HIV pour les femmes enceintes est devenu une règle dans la plupart des hôpitaux. Le consentement est trop souvent réduit à informer le patient, le conseil est minimal.</p> <p>Les assurances Les assurances complémentaires font passer des questionnaires sur la santé avant l'admission du client. En fonction des réponses, elles peuvent refuser d'assurer, imposer des réserves ou exclure la couverture pour une maladie spécifique. Les auteurs précisent que nous ne pouvons pas considérer cela comme de la discrimination car il existe un certain nombre de maladies qui sont soumises à de telles restrictions.</p> <p>Le groupe de recherche a décidé d'ajouter une question supplémentaire en relation avec les emprunts bancaires, un domaine important en Suisse dans lequel la discrimination a été trouvée : lorsque des personnes demandent un emprunt bancaire elles sont tenues de signer une déclaration spéciale concernant le VIH.</p>
Discussion	<p>En somme, aucune discrimination n'a été trouvée dans les textes juridiques ou règlements régissant les questions posées dans le protocole ONUSIDA dans les 2 cantons étudiés.</p> <p>Une situation discriminatoire a été trouvée dans le domaine de la santé comme décrit dans les résultats.</p> <p>Il a été impossible de confirmer ou d'infirmer les rapports des situations discriminatoires dans la pratique actuelle concernant ces 3 témoignages :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les tests sans consentement dans le domaine de la santé ▪ Le licenciement pour cause de statuts séropositif dans le domaine de l'emploi ▪ L'accès à l'assurance <p>Perspectives : En regardant les résultats est-ce qu'on peut indiquer que la discrimination envers les personnes séropositives n'existe pas ou peu en Suisse ? La stigmatisation et les pratiques individuelles persistent car il a été signalé des situations dans lesquelles des individus se sont comportés de manière discriminatoire en dépit des recommandations existantes. Le fait que peu de cas de</p>

	<p>discrimination soient signalés dans le cadre de cette étude doit être traité avec prudence. Les plus vulnérables ne se rendent pas compte qu'ils sont victimes de discrimination (en raison de l'ignorance de leurs droits). D'autres peuvent trouver difficile de parler des expériences de rejets associées à la discrimination. Pour certaines personnes atteintes du HIV le fait de révéler leur statut de séropositivité autour d'eux a eu un effet libérateur, spécialement au travail. D'autres trouvaient plutôt cela inconcevable.</p> <p>L'étude a confirmé que le VIH /SIDA tend à faire émerger les problèmes qui étaient déjà présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mauvaises pratiques en lien avec le VIH/SIDA ainsi que d'autres maladies : problèmes de confidentialité, examens effectués sans le consentement et des conseils inadéquats, etc. ▪ La protection sociale insuffisante en cas de maladie (licenciement dans les périodes de préavis, problèmes financiers causés par des restrictions imposées par les compagnies d'assurance). ▪ Stigmatisation et discrimination inacceptable contre certains groupes comme les toxicomanes ou les homosexuels. <p>L'étude a révélé 2 situations non couvertes par le protocole ONUSIDA dans lesquels les personnes ayant le SIDA font l'objet de traitements spéciaux et défavorables.</p> <p>Les recommandations pour la lutte contre la discrimination institutionnelle et individuelle ont été trouvées et formulées dans le rapport de l'étude. Ces recommandations ont été discutées au niveau des autorités de la santé et des autres institutions afin de formuler des mesures qui pourraient être prises pour faire face à ces 2 types de discrimination.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <p>Les auteurs ne se sont concentrés que sur le protocole de l'ONUSIDA. Cet instrument a cependant ses limites. L'étude est fondamentalement qualitative. Cela ne montre seulement la discrimination dans les domaines de la vie sociale et non la vraie intensité de la discrimination à l'intérieur de chacun d'entre eux.</p> <p>La discrimination institutionnelle était difficile à prouver. Les réponses à certaines questions par oui ou non pour déterminer la présence ou l'absence de discrimination a été jugée inadéquate dans certains domaines. En effet, le groupe d'étude a décidé d'accepter la réponse « doute ». Ceci afin d'éviter l'exclusion d'un domaine non-discriminatoire où les problèmes étaient bien connus.</p> <p>La comparaison entre 2 cantons doit être effectuée avec beaucoup de précaution. L'instrument est plus efficace pour la comparaison au sein d'une région définie.</p>
<p>Critiques personnelles et méthodologiques</p>	<p>Cette étude est pertinente car elle nous apporte une vision de la discrimination dans d'autres différents milieux de vie que la santé. D'après les résultats, nous pouvons constater que le domaine de la santé est le domaine où les situations discriminatoires sont les plus présentes. Le fait que l'étude se soit déroulée en Suisse a suscité notre intérêt. En effet, ce sujet intéresse également les chercheurs de notre pays. De plus nous pouvons prendre en compte les résultats en connaissant déjà la culture et les mœurs du pays.</p> <p>Critique méthodologique : La méthodologie est claire et les critères sont respectés. Cependant, l'intervalle de temps dans laquelle l'étude s'est déroulée n'est pas mentionné.</p>

Etude 4: « Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries » (E4)

Auteurs/Année	<p>Chambers Mary¹, Guise Veslemoy¹, Välimäki Maritta^{2,3}, Rebelo Botelho Maria Antônia⁴, Scott Anne⁵, Staniulienė Vida⁶, Zanotti Renzo⁷. (2009)</p> <p>¹ Faculty of Health and Social Care Sciences, St George's, University of London and Kingston University ²: Department of Nursing Science, University of Turku, Finland ³: The Hospital District of Southwest Finland, Finland ⁴: Nursing Research and Development Unit, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal ⁵: School of Nursing, Dublin City University, Ireland ⁶: Department of Nursing Science, Klaipėda College, Lithuania ⁷: Faculty of Medicine and Surgery, University of Padova, Italy</p>
Résumé	<p>Objectifs : Le but de cette étude est de décrire et de comparer les attitudes envers la maladie mentale et les problèmes liés à la santé mentale rencontrés par les infirmières travaillant dans un établissement de santé mentale dans 5 pays européens. Le but est aussi d'identifier les facteurs associés aux attitudes des infirmières.</p> <p>Mots-clés : Attitudes envers la maladie mentale, stigmatisation, maladie mentale, soins infirmiers européens, recherche interculturelle, comparaison internationale.</p>
Introduction	<p>Énoncé du problème : Les chercheurs ont trouvé que les professionnels de la santé ont les mêmes attitudes négatives, voire plus, envers la maladie mentale que le grand public. La stigmatisation associée à la maladie mentale est connue pour être omniprésente à travers les cultures, les sociétés et les professions (Van Brakel, 2006). Cependant le débat sur les facteurs qui contribuent à la création de certaines attitudes devient encore plus complexe lorsque les attitudes sont examinées d'un point de vue international. Les infirmières constituent le groupe de professionnels de la santé le plus souvent à charge de donner les soins les plus directs aux patients souffrant de troubles mentaux à travers l'Europe (Baker et al., 2005). Les études portant sur les attitudes des infirmières de la santé mentale sont rares, et lorsqu'elles sont réalisées, il est presque impossible de déterminer si les attitudes observées sont négatives ou positives (Munro et Baker, 2007).</p> <p>Questions de recherche : Quelles sont les attitudes des infirmières envers la maladie mentale ? Est-ce que les attitudes des infirmières envers la maladie mentale sont différentes à travers les 5 pays d'Europe ? Quelles caractéristiques sont associées aux attitudes des infirmières ?</p> <p>Idées et concepts centraux : L'un des obstacles majeurs au bien-être et à la réalisation de soins de qualité dans la santé mentale est la stigmatisation et la</p>

	discrimination, qui peuvent avoir un impact sur tous les aspects de la vie d'un individu. La stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes d'une maladie mentale sont les plus grands obstacles à la reprise et au développement d'un traitement (Sartorius, 2007).
Méthodes	<p>Échantillon : L'échantillon était composé de 810 infirmières travaillant dans un établissement de santé mentale dans les 5 pays européens suivant : Portugal, Finlande, Lituanie, Italie, Irlande. Ces pays ont été sélectionnés car ils font partie d'une commission européenne ayant des points communs importants ainsi que des différences dans leurs statistiques de santé mentale. La présente étude respecte les critères éthiques de chaque pays. Tous les participants ont reçu une lettre d'information décrivant l'étude. Les auteurs les ont expliqués que dès lors qu'ils remplissent le questionnaire ils sont automatiquement inclus dans l'étude. La participation est volontaire et les données sont confidentielles.</p> <p>Méthode de récolte des données : L'enquête a été réalisée soit sous forme de support électronique soit sur papier selon les ressources disponibles dans chaque pays. En Finlande et au Portugal un sondage électronique a été réalisé, distribué sous forme de lien intégré dans un email. Deux rappels par courrier électronique ont été envoyés à tous les potentiels participants. L'échelle <i>The Community Attitudes towards the Mentally Ill</i> (CAMI) a été utilisée pour mesurer les attitudes des infirmières. Le questionnaire est marqué par 4 facteurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>L'autoritarisme</u> : consiste à penser que les personnes atteintes de maladies mentales sont inférieures et cela exigera donc une approche coercitive. 2. <u>La bienveillance</u> : consiste à avoir une opinion sympathique des problèmes de santé mentale, basée sur des principes humanistes. 3. <u>Les limites sociales</u> : c'est le fait de considérer les personnes atteintes de maladie mentale comme une menace pour la société. 4. <u>L'idéologie communautaire de la santé mentale</u> : elle s'appuie sur la valeur thérapeutique de la communauté et l'acceptation des soins désinstitutionnalisés. <p>Méthode d'analyse des données : Les données ont été analysées à l'aide d'une méthode quantitative. Elles ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 14 (Statistical Package for the Social Sciences).</p>
Résultats	<p>Échantillon : Dans chaque pays, la majorité des participants étaient des femmes. L'âge moyen était de 41.09 années et la durée moyenne d'expérience en soins infirmiers était de 18,52 années. En Irlande, Lituanie et Finlande la majorité des infirmières a une qualification d'infirmière en psychiatrie alors qu'au Portugal et Italie la majorité des infirmières n'en a pas. La plupart des infirmières dans chaque pays sauf la Lituanie et la Finlande ont des</p>

contacts personnels avec une personne atteinte de maladie mentale.

Les attitudes des infirmières envers la maladie mentale :

Les infirmières ont une attitude plutôt positive envers la maladie mentale. Leurs scores étaient plus positifs concernant la bienveillance, ce qui indique qu'elles ont une opinion sympathique des patients atteints de maladie mentale. Les attitudes étaient moins positives concernant l'autoritarisme. Mais le score n'est pas suffisant pour indiquer que les infirmières rejettent l'idée que les personnes atteintes de maladie mentale sont inférieures et nécessitent une approche coercitive.

La comparaison des attitudes infirmières entre les 5 pays :

Les résultats ont montré que les attitudes des infirmières envers la santé mentale diffèrent d'un pays à l'autre selon l'échelle CAMI. Dans l'ensemble, les attitudes des infirmières portugaises sont les plus positives, tandis que les infirmières en Lituanie ont les attitudes les plus négatives. Le test Games-Howell a été mené pour déterminer où se trouvaient les différences significatives dans les différents pays et dans l'échelle CAMI. Les résultats de ce test sont :

1. L'autoritarisme : les infirmières lituanaises ont les attitudes les plus négatives (258/810) envers les personnes souffrants d'une maladie mentale par rapport à tous les autres pays ($p < 0.001$). Les infirmières italiennes (134/810) ont des attitudes plus négatives que les infirmières d'Irlande (115/810) ($p = 0,005$). Les infirmières portugaise (125/810) ($P < 0,001$) tout comme les infirmières finlandaises (178/810) ($p = 0.0027$)
2. La bienveillance : Lituanie a une fois de plus des résultats plus négatifs que les autres pays (258/80) ($p < 0,001$). Les infirmières irlandaises (115/810) avaient des attitudes plus positives que les infirmières italiennes (134(810) ($p = 0,020$) et les infirmières finlandaises (178/810) ($p = 0,024$)
3. Les limites sociales : la Lituanie 258/810) a des résultats plus négatifs que tous les autres pays ($p < 0,001$). Les attitudes des infirmières portugaises (125/810) sont les plus positifs ($p < 0,001$).
4. L'idéologie communautaire de la santé mentale : la Lituanie 258/810) a des résultats plus négatifs que les autres pays ($p < 0,001$ à $p = 0,002$) alors que les infirmières portugaises (125/810) démontrent les attitudes les plus positives par rapport aux autres pays.

En résumé, les résultats montrent que les infirmières lituanaises montrent les attitudes les plus négatives envers les personnes souffrant de maladie mentale. Les infirmières portugaises, quant à elles, ont les attitudes les plus positives suivies des 3 autres pays qui ont un score plus ou moins semblable.

Les caractéristiques associées aux infirmières envers la maladie mentale :

La variance MANOVA a été effectuée pour vérifier si les caractéristiques sociodémographiques ont un impact sur leurs attitudes face à la maladie mentale. Dans l'étude, 6 variables démographiques ont été testées chacune séparément (âge, sexe, éducation, qualification, statut et contact). Les résultats ont montré que 5 des 6 caractéristiques indiquaient des différences significatives dans les attitudes des infirmières: le sexe, la qualification, l'éducation, la position et le contact.

Sur les 6 caractéristiques sociodémographiques initialement analysées (âge, sexe, éducation, qualification, position et contacts), seulement deux étaient liées à un certain degré aux attitudes positives, à savoir la situation des infirmières et le sexe, en plus du pays de la pratique.

<p>Discussion</p>	<p>Cette étude montre que les attitudes des infirmières envers la maladie mentale sont généralement positives. Ces résultats ont été soutenus par d'autres études sur les attitudes des élèves infirmiers. Dans le cadre de cette étude, avoir une attitude positive signifie être en désaccord avec l'idée que les gens souffrant de troubles mentaux sont inférieurs ou alors une menace pour la société et doivent être exclus. Une attitude positive correspond donc plutôt à avoir une vision sympathique de cette maladie, éprouver de la compassion et apprécier la valeur thérapeutique de la désinstitutionnalisation et de la communauté des soins. Dans cet article, les auteurs soulèvent que la conclusion d'une majorité d'attitudes positives envers cette pathologie est importante et encourageante. En effet, cela suggère que les infirmières sont de nature à promouvoir les soins dans la communauté et une vie autonome pour les personnes connaissant des problèmes de santé mentale.</p> <p>Les problèmes de santé sont susceptibles d'affecter un européen sur quatre (OMS, 2005). Des attitudes positives sont donc essentielles. Les infirmières qui ont des attitudes positives face à la maladie mentale sont plus susceptibles d'encourager les gens à prendre le contrôle de leur vie et à être proactif dans la prise de décision quant à leur avenir. Ces infirmières seront également plus susceptibles d'inspirer l'espoir et d'être prêtes à envisager d'autres approches de soins et de soutien.</p> <p>Selon les résultats, les infirmières lituaniennes avaient toujours un score plus négatif que les infirmières des autres pays. Les auteurs déclarent que ces résultats sont en lien avec l'attitude générale de la population de ce pays envers la maladie mentale. La population a en générale une attitude de stigmatisation envers plusieurs groupes vulnérables y compris les personnes touchées par des problèmes de santé mentale.</p> <p>L'une des principales priorités stratégiques de la politique de santé mentale en Lituanie est de changer les attitudes socio-culturelles envers la maladie mentale afin d'améliorer l'état psychologique et le bien-être de la population.</p> <p>Il a été observé que la stigmatisation de la maladie mentale continue d'être un problème dans les pays d'Europe de l'Est. Cette problématique est liée à l'histoire de la région et à celle du contexte socio-politique et climatique de ce pays.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <p>Premièrement, en raison du faible nombre d'infirmières interrogées dans chaque pays, il n'est pas possible d'étendre ces conclusions à la population générale des infirmières dans les milieux de la santé mentale dans ces pays. Deuxièmement, la majorité des différences observées dans les scores d'attitude selon les caractéristiques sociodémographiques ont peu d'effet. Les différences observées dans les attitudes ne sont donc pas perceptibles sur le plan pratique.</p> <p>Troisièmement, les résultats pourraient avoir été influencés par l'utilisation de différents modes de collecte des données (sondage en ligne et papier) entre les pays.</p> <p>Quatrièmement, bien qu'un protocole commun de traduction ait été développé pour la CAMI instrument, ainsi que des protocoles communs de collection de données, les auteurs ne savent pas clairement s'ils ont été suivis dans tous les pays.</p>
<p>Critiques personnelles et méthodologiques</p>	<p>Selon nous, cet article n'apporte pas de résultats et de perspectives importants pour la pratique infirmière. Les résultats se basent sur des variables et des échelles peu claires et difficiles à comprendre. Nous pensons que cette étude manque d'éléments mettant en évidence les facteurs communs aux différents pays menant les infirmières à stigmatiser et discriminer cette population souffrant de maladie mentale. Il aurait été intéressant d'identifier les caractéristiques différentes ou semblables</p>

	dans les institutions des différents pays. Ainsi, nous pourrions identifier l'environnement qui est le plus néfaste et le plus propice à la stigmatisation des personnes ayant des maladies mentales.
--	---

	Critiques méthodologiques : Il manque le devis de recherche. Cet article est conforme et respecte les critères méthodologiques.
--	--

Etude 5: « Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital » (E5)

Auteurs/Année	Mavundla, Thandisizwe Redford: PhD (psychiatric Nursing), Senior Researcher, Centre for Institutional Excellence and Research, Technikon SA, South Africa. (2000)
Résumé	<p>Objectifs : Le but de cette étude est d'explorer et de décrire les perceptions des infirmières sur les soins aux personnes avec une maladie mentale dans un hôpital général.</p> <p>Mots-clés : Hôpital psychiatrique général, double diagnostique, perception de la maladie mentale, soins de la santé mentale, recherche qualitative, approche phénoménologique.</p>
Introduction	<p>Énoncé du problème : En Afrique du Sud, il y a un nombre important de patients avec des maladies mentales qui sont admis dans les unités des hôpitaux généraux. L'expansion des patients hospitalisés avec une maladie mentale dans les hôpitaux généraux peut être attribuée à certaines situations sociales rencontrées dans les communautés de l'Afrique du Sud. Selon Madela et Poggenpoel (1993), certaines situations sociales rendent une personne vulnérable à la maladie mentale. Ces auteurs affirment en outre que la combinaison de telles situations peut prédisposer les gens à développer des moyens malsains pour faire face au stress. En Afrique du Sud, comme ailleurs, les gens utilisent différentes façons inappropriées pour faire face au stress et la violence est souvent un de ces moyens.</p> <p>D'après Madela et Poggenpoel (1993), la violence sociale constitue un problème majeur au sein des communautés de l'Afrique du Sud, avec des conséquences de grande envergure dans le fonctionnement psychologique des gens.</p> <p>On rencontre la violence non seulement dans les communautés mais aussi au sein des services de santé. Les auteurs relèvent que la violence dans des hôpitaux généraux se traduit par des pertes de vies, la peur, les infections au VIH, avec des séquelles psychologiques chez les infirmières qui travaillent dans ces milieux. Selon Mavundla et al. (1999), les infirmières en hôpitaux généraux, n'ont pas elles-mêmes un soutien approprié car elles n'ont pas été suffisamment formées pour soigner les personnes mentalement malades. Ainsi, les auteurs déclarent qu'en raison de ce manque de connaissances sur la maladie mentale, elles émettent des suppositions sur les origines du trouble mental chez les patients qu'elles rencontrent et parfois elles ne veulent même pas aller plus loin et concluent que le patient fait du « cinéma ».</p> <p>Question de recherche : Les déclarations ci-dessus ont conduit les auteurs à la question de recherche suivante : Comment les infirmières des hôpitaux généraux perçoivent-elles les soins aux personnes mentalement malades ?</p> <p>Idées et concepts centraux : Dans la présente étude, les auteurs précisent que le champ du travail a été mené sans aucun cadre théorique de référence prédéfini. Cependant, les thèmes qui sont ressortis des résultats ont été discutés en tenant compte de la littérature et des</p>

	<p>informations pertinentes obtenues des autres études similaires (Poggenpoel et al. 1994). Cela a été fait en vue d'identifier les similitudes et les différences entre ces recherches et les recherches antérieures et à la contribution potentielle de cette recherche.</p>
<p>Méthodes</p>	<p>Devis : recherche exploratoire, qualitative et descriptive.</p> <p>Échantillon : Un échantillon de 12 infirmières professionnelles sur 800 infirmières professionnelles travaillant dans un hôpital général. La taille de la population a été déterminée par des critères d'inclusions et d'exclusions à l'étude. Ces critères sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les participants peuvent être hommes ou femmes ▪ Les participants doivent avoir un âge se situant entre 25-65 ans ▪ Ils doivent avoir une habileté à parler le Zulu, Xhosa ou l'anglais ▪ La participation doit être volontaire ▪ Le consentement d'informations doit être obtenu, ce qui permet un enregistrement de l'interview ▪ Les infirmières doivent avoir une expérience de travail de 2 ans dans un hôpital général ▪ Les participants doivent avoir soigné des personnes mentalement malades ▪ Les participants ne doivent pas être enregistrés en tant qu'infirmiers spécialisés en psychiatrie par le Comité Infirmier de l'Afrique du Sud. ▪ Les participants doivent appartenir au même groupe ethnique. <p>Méthode de récolte des données : Deux méthodes de collecte de données ont été utilisées pour cette étude, à savoir des interviews semi-structurées et des observations phénoménologiques avec des notes de terrain. Dans la première partie, des interviews individuelles semi-structurées ont été menées auprès des infirmières répondant aux critères prescrits. Les auteurs ont posé la même question à tous les participants : comment percevez-vous les soins aux personnes mentalement malades dans votre unité ou service ? Avec le consentement des participants, un magnétophone a été utilisé pour récolter les données qui ont ensuite été retranscrites textuellement.</p> <p>Dans la seconde partie, les auteurs ont recueilli des données à l'aide des notes prises sur le terrain. Ils ont collecté les commentaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les notes d'observations ont été traitées avec des descriptions d'événements connus en regardant et en écoutant. Ces notes contenaient le qui, quoi et comment des situations. ▪ Les notions théoriques ont été utilisées pour dégager du sens, significations aux notes d'observations. Elles ont été utilisées pour interpréter ou conclure dans le but de construire des régimes analytiques. ▪ Les notes méthodologiques étaient des instructions ou recommandations de la recherche concernant les approches méthodologiques. Elles ont été utilisées dans l'éventualité d'un cas intéressant. ▪ Les notes personnelles contenaient des réactions, réflexions et expériences des chercheurs.

	<p>Méthode d'analyse des données :</p> <p>Les données collectées ont été analysées à l'aide de la méthode descriptive de Giorgi (1986). L'analyse des données a été complétée par le chercheur et un autre expert indépendant. Les étapes suivantes ont été appliquées dans l'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les données recueillies ont été codées indépendamment par deux chercheurs et un expert indépendant (codeur). Les codeurs utilisés ont été ajustés intuitivement (en mettant l'accent sur la perception des infirmières à soigner les malades mentaux dans leur environnement d'hôpital général) lors de la lecture à travers la transcription et les notes de terrain pour la première fois. ▪ Les principales catégories représentées dans les retranscriptions et les notes de terrain ont été identifiées. ▪ Les éléments de sens ont été placés dans ces principales catégories ▪ Des sous-catégories à l'intérieur des catégories principales ont été identifiées. ▪ Les relations entre les principales catégories et les sous-catégories ont été identifiées et reflétées comme des thèmes ▪ Des réunions de concertation entre le chercheur et les codeurs indépendants ont eu lieu ▪ Les résultats ont ensuite été reflétés dans les catégories universelles de <i>Nursing for the Whole Person Theory</i> (soins infirmiers selon la théorie de la personne dans son ensemble)
<p>Résultats</p>	<p>L'échantillon : Les infirmières participant à cette étude venaient des différents services de l'hôpital. Il y avait 2 infirmières du département de médecine, 2 de chirurgie, 2 d'unités mixtes, 2 d'orthopédie, 2 de maternité et 2 de l'ORL.</p> <p>La perception de soi</p> <p>Ce thème traite de la perception de soi des infirmières en matière de connaissances et de compétences nécessaires à l'infirmière par rapport aux maladies mentales. Cela veut dire que les infirmières se sont concentrées sur leur propre examen en matière de soins des malades mentaux. Elles se sont posé des questions comme : Est-ce que j'ai assez de connaissances et de compétences pour faire face aux symptômes de ce patient ? Puis-je vraiment gérer ce patient ? Dans ces thèmes, les infirmières ont exprimé deux types d'auto-perceptions : des perceptions de soi négatives et positives.</p> <p><u>Perceptions de soi négatives associées au manque de connaissances et de compétences :</u></p> <p>Les manques de connaissances et de compétences nécessaires aux infirmières pour les soins aux patients souffrant de maladie mentale qu'elles rencontrent dans leurs unités ont suscité une perception de soi négative. Les participants étaient d'opinion qu'ils sont mal équipés pour pouvoir offrir des soins infirmiers efficaces à ces personnes. La plupart des infirmières a reconnu leur ignorance de la maladie mentale.</p> <p><u>Perceptions de soi positives associées à la possession des connaissances et compétences :</u></p> <p>Des infirmières ont estimé que les connaissances et compétences thérapeutiques étaient appropriées pour soigner les patients souffrant de maladies mentales dans leurs unités et que cet aspect pourrait faire augmenter la perception de soi dans leur environnement interne. Elles avaient l'opinion que les infirmières devraient être qualifiées et compétentes pour comprendre le patient.</p> <p>La perception des patients</p>

La possession ou le manque de connaissances et de compétences des soins infirmiers aux personnes souffrant de troubles mentaux dans les hôpitaux généraux ont déterminé les perceptions des infirmières envers la maladie mentale. Les infirmières pensent que si une personne possède des connaissances et compétences psychiatriques ou sur les soins infirmiers en santé mentale, elle aura une perception positive d'un patient par rapport à une infirmière sans compétence. Elles étaient d'avis que de telles connaissances permettront de déterminer la manière dont les infirmières s'occuperont d'un patient souffrant d'une maladie mentale. Par conséquent, leur perception d'un client avec une maladie mentale peut être classée soit comme une perception négative ou comme une perception positive.

Perceptions négatives d'un patient avec une maladie mentale :

La présence d'un patient avec une maladie mentale dans l'unité est perçue par les infirmières comme un obstacle qui entrave leurs fonctions. Les infirmières ne sont pas satisfaites de la présence d'un patient avec une maladie mentale dans leur service. Elles ont anticipé les sérieux problèmes qui pourraient perturber leur « train-train » quotidien. Les participants ont amené des facteurs négatifs comme étant des éléments importants :

- Les caractéristiques du patient : cette sous-catégorie comprend des caractéristiques individuelles du patient qui selon les infirmières rendent le patient souffrant d'une maladie mentale plutôt pénible à traiter au sein de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique et des services d'orthopédie.
- L'errance : la première caractéristique grave perçue par les infirmières dans les unités des hôpitaux généraux est l'errance. Cela se traduit généralement par de nombreux patients qui se perdent. Les infirmières ont également relevé qu'il était très difficile pour elles d'observer ces patients car cela les empêche de s'occuper des autres patients qui ont besoin d'une attention constante (par exemple un patient ayant des problèmes médicalement et chirurgicalement reliés).
- Les bruits : certains patients font des bruits qui perturbent l'atmosphère calme. Cela a été perçu par les infirmières comme un problème majeur pour elles-mêmes et pour les autres patients dans un hôpital général où il y a beaucoup de patients souffrant de maladies et de blessures qui résultent de fortes douleurs. Ces patients ne devraient pas être perturbés.
- Les comportements violents : certains de ces patients sont très agressifs et violents. Les infirmières ont relevé que certains patients souffrant de maladies mentales sont violents verbalement et qu'ils menacent les professionnels et les autres patients.
- Le double diagnostic : les infirmières perçoivent ce qu'on appelle le double diagnostic des patients souffrant de maladie mentale comme des patients étant à la mauvaise place. Le fait que certains patients aient à la fois une maladie physique et une maladie mentale laisse confuse la plupart des infirmières qui ne sont pas formées en psychiatrie.
- Les comportements étranges : D'autres patients présentent des comportements inappropriés dont les infirmières n'ont ni l'habitude, ni la connaissance (par exemple : uriner par terre dans la chambre ou marcher nu devant les autres patients et infirmières). Ces comportements peuvent surprendre les autres patients ainsi que le personnel infirmier.
- La perception positive d'un patient avec une maladie mentale : très peu de déclarations positives ont émergé des infirmières quant à la manière dont elles perçoivent les patients avec des maladies mentales dans leur unité ou service.

Le caractère positif des réponses des infirmières était fondé sur la perception de leur environnement externe ainsi que sur leur propre suffisance en ce qui concerne la possession des connaissances et des compétences afin d'aider de manière appropriée les personnes souffrant de troubles mentaux.

La perception de l'environnement :

Les chercheurs ont également découvert que dans l'environnement interne du personnel infirmier, les infirmières étaient très préoccupées par l'unité ou le service dans lequel elles avaient à prendre en charge les patients malades mentaux. Elles ont mentionné le manque de personnel et la surpopulation comme un surplus aux problèmes qui compliquent la prise en charge aux personnes souffrant de troubles mentaux.

- La pénurie de personnel : à partir des observations du terrain et des déclarations faites par les infirmières, la pénurie de personnel était quelque chose d'évident dans cette étude, selon les auteurs. Cela devenait, pour les infirmières, très difficile de développer une relation avec des personnes souffrant de troubles mentaux. Elles ne pouvaient même pas conseiller ces patients car la plupart de leur temps était consacré à veiller à ce que le travail routinier soit achevé.
- Surpeuplement : les infirmières se plaignent du manque de soins rendus aux personnes souffrant de troubles mentaux également en raison d'un surpeuplement de patients dans ces unités. Il a été révélé que, pour une variété des services fournis par les services de médecine générale de l'hôpital, il y avait un ratio infirmière-patient de 1:40. Ce problème a été perçu comme une menace sérieuse pour la récupération des patients malades mentaux lorsqu'elle est nécessaire dans le contexte de tranquillité.

Les sentiments perçus

Avant de prendre en charge un patient avec une maladie mentale, les infirmières disent se poser plusieurs questions comme : « Est-il sécuritaire de s'approcher de ce patient ? Si la patient m'agresse serai-je couvert par l'employeur ? » Les infirmières ont exprimé trois sentiments différents qu'elles ressentent lors de la prise en charge des malades mentaux en dans un milieu hospitalier général :

- La peur : presque tous les participants ont une peur des patients avec des maladies mentales dans leur service. La peur est une émotion désagréable, excitante et activant des composants psychologiques et physiologiques. Elle peut être provoquée par une personne, un objet ou un événement menaçant (Sideleau, 1992). La peur peut être séparée en 4 sous-catégories : une crainte profonde à cause d'un manque de compréhension de l'état du patient, une peur irrationnelle envers le patient, la peur de l'inconnu et la peur associée à l'improbabilité d'une indemnisation en cas de blessure.
- Le désespoir : dans certains services, en raison de la crainte de violence ou de perte de patient, les infirmières ou les gardes de sécurité adoptent souvent des approches mais ces dernières se relèvent généralement vaines. En conséquence, ils se sentent désespérés et ont le sentiment que tout cela ne finira jamais pour eux.
- La frustration : des entretiens et observations du terrain, il est ressorti que les infirmières ressentaient une certaine frustration lors de l'admission des patients souffrant de troubles mentaux. Elles se sentent frustrées par le temps que les patients passent à attendre en ambulatoire qu'un psychiatre vienne les voir car ce temps est source de stress pour les

	<p>infirmières ainsi que pour les patients. Elles ressentent une frustration lorsque par moment elles ne peuvent pas obtenir de l'aide du personnel de sécurité ou encore lorsqu'elles n'ont pas les compétences permettant d'aider le patient.</p>
Discussion	<p>Les résultats de cette étude ont été discutés à la lumière de la documentation pertinente dans le but de les contextualiser. Il est évident que la perception de soins aux personnes souffrant de maladies mentales dans les hôpitaux aigus est essentiellement négative. Elle affecte le développement intellectuel, émotionnel et l'environnement social dans lequel les soins à ces patients ont lieu.</p> <p>Le personnel infirmier semble avoir besoin de connaissances et compétences nécessaires pour aider les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qu'il rencontre dans ses services. Au niveau émotionnel, les infirmières ont révélé leurs craintes envers les malades mentaux rencontrés dans leur unité de soins ainsi que leur frustration de ne pas offrir une prise en charge adéquate par manque de connaissances et compétences.</p> <p>Perspectives :</p> <p>L'enseignement des soins infirmiers : afin de faire face au problème de la perception négative de soi du personnel infirmier travaillant dans un hôpital général, les auteurs ont recommandé que ces infirmières soient formées afin d'avoir des connaissances et compétences appropriées. Plus de connaissances et de compétences, pourrait améliorer leur perception d'elle. Les auteurs recommandent des connaissances et compétences telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des compétences interpersonnelles ▪ Une assurance dans les compétences ▪ Des compétences pour faire face aux urgences psychiatriques ▪ La pratique infirmière <p>En ce qui concerne les sentiments négatifs exprimés par le personnel infirmier lors de cette recherche, les auteurs recommandent que les infirmières aient un soutien émotionnel dans le cadre des expériences problématiques vécues dans leurs unités respectives.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <p>Cette recherche a été menée auprès d'infirmières d'une seule institution de soins généraux seulement. Il y avait tout de même un certain nombre de critères d'inclusion et d'exclusion, ce qui a considérablement réduit la taille de l'échantillon. Une autre limite est l'absence de professionnels infirmiers masculins dans l'échantillon. Par conséquent, les résultats de la recherche ont été contextualisés dans le cadre d'un hôpital général.</p>
Critique personnelle et méthodologique	<p>Cet article est intéressant pour notre revue de littérature car, en partant des perceptions négatives des infirmières à l'égard de la psychiatrie, elle s'intéresse aux expériences émotionnelles et personnelles des infirmières. Tout en ayant conscience de cette perception négative voire cette stigmatisation, l'étude met en avant les ressentis du personnel infirmier et ressort des perspectives intéressantes pour les soignants qui ne sont pas spécialisés en psychiatrie. L'échantillon utilisé pour effectuer cette étude se compose de seulement 12 infirmières au sein d'une même institution, ce qui limite la généralisation des résultats. Cependant, les auteurs ont pris des mesures afin d'assurer la fiabilité de l'étude et des résultats.</p>

	Critiques méthodologiques : Le chapitre des résultats fait défaut. Ces derniers sont insérés directement dans la discussion.
--	---

Etude 6: « Health professional student attitudes towards people with disability » (E6)

Auteurs/Année	Tervo Raymond C ¹ , Palmer Glen ² , Redinius Pat ³ (2003) ¹ : Department of Pediatrics, University of Minnesota and Gillette Children's Specialty Healthcare, St. Paul ² : Department of Clinical Psychology ³ : Department of Pediatrics, University of South Dakota, Vermillion USA
Résumé	Objectifs : L'objectif de cette étude est d'investiguer sur les attitudes des étudiants futurs professionnels de la santé envers les personnes avec un handicap.
Introduction	Énoncé du problème : Les personnes avec un handicap identifient souvent des attitudes et des comportements inappropriés par le personnel comme la plus grosse barrière à l'accès aux services de santé. Le succès de la réhabilitation est limité par les attitudes négatives des professionnels qui conduisent ou supportent des attentes négatives. Les étudiants ayant des préjugés négatifs peuvent se comporter de façon inappropriée conduisant à des effets conséquents. Les attitudes envers les personnes avec un handicap sont influencées par des variables démographiques comme l'âge, le genre, la nationalité, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut socio-économique, le lieu de résidence et l'expérience avec le handicap.
Méthodes	Devis : étude transversale Échantillon : 338 étudiants entre 19 et 54 ans à l'Université du Dakota du sud, Vermilion ont participé à l'étude. Méthode de récolte des données : L'enquête a été effectuée en 4 parties : <ul style="list-style-type: none"> • Un inventaire des situations de réhabilitation (RSI) • Les attitudes envers les personnes handicapées (ATDP) • L'échelle des attitudes envers les personnes handicapées (SADP) • Un questionnaire démographique demandant des informations basiques (âge, genre, ethnies, et.) et incluant les questions au regard de la discipline de l'étude et du travail. D'après le RSI, l'échelle mesurant la perception de la difficulté et des situations de réhabilitation type a été utilisée. L'inventaire est un outil hautement fiable avec une corrélation de Pearson de 0.88. cette corrélation est entre les items impairs, les items pairs et l'homogénéité interne avec un coefficient alpha de 0.93. Il y avait 30 items de type Likert qui correspondaient à une échelle de 1 à 5. Les facteurs analysés ont donnés 6 sous-échelles : des situations d'agressions sexuelles, des équipes, des familles, la dépression et la motivation/adhérence. L'échelle ATDP est constituée des 6 points de l'échelle de Likert comportant 20 items. L'échelle SADP mesure les attitudes envers les personnes avec un handicap. Il y a 24 items de type Likert et les plus hauts scores de cet instrument indiquent les attitudes les plus positives. L'analyse des facteurs de cet instrument a produit une solution

	<p>de trois facteurs identifiés par trois sous-échelles : optimisme-droit de l'humain, idées fausses comportementales, optimisme-désespoir.</p> <p>Méthode d'analyse des données :</p> <p>Les statistiques ont été calculées avec le SPSS (Windows version 11.1). La cohérence interne des items des échelles a été évalué par le calcul Cronbach's alpha. Si alpha était entre 0,7 et 0,8, cela était estimé comme satisfaisant. Des t-test indépendants ont comparé les données démographiques (RSI, ATDP et SADP).</p>
Résultats	<p>Échantillon : Tout d'abord, les auteurs présentent les caractéristiques démographiques de la cohorte. Dans cette étude, sur les 338 étudiants il y avait 265 femmes et 73 hommes. Le taux de réponse était de 83%. Dans les participants 241 étaient des étudiants infirmiers, 46 des étudiants médecins et 51 étaient des étudiants dans la santé professionnelle.</p> <p>Le genre (sexe) peut être relié aux attitudes envers les personnes avec un handicap. Il n'y avait pas de différence des réponses sur l'échelle RSI, ATDP et la SADP.</p> <p>L'expérience dans le handicap influence les attitudes envers les personnes avec un handicap. Les participants à l'étude avec une expérience dans le handicap ont moins d'idées fausses sur le comportement. Ces participants ayant de l'expérience étaient plus à même d'avoir des avis positifs d'après l'échelle ATDP et la SADP. Pourtant il n'y avait pas de différences dans les réponses par rapport à l'optimisme – aux droits humains et au pessimisme – au désespoir. L'entier de la cohorte des étudiants professionnels de la santé a été comparé à des valeurs normatives pour chaque échelle. Selon l'échelle ATDP, les attitudes envers les personnes avec un handicap, pour tous les étudiants, étaient plus positives que les attitudes des étudiants d'un collège et moins positives que les normes du score total de l'échelle SADP. Le score de l'échelle RSI pour la cohorte était plus positif que la moyenne du score RSI pour les 3 groupes reportés par Dunn. Le score était le même pour l'équipe d'une des installations.</p> <p>Ensuite, les auteurs présentent les attitudes perçues par les personnes avec un handicap, rassemblées par discipline.</p> <p>Après coup, pour effectuer les comparaisons des données les auteurs ont utilisé le Fisher Protected Least Significant Difference test (PLSD). Il a indiqué que les étudiants infirmiers portaient des opinions plus négatives que les autres étudiants professionnels de la santé ($p < 0,001$). Le score de l'échelle SADP a indiqué que les étudiants en soins infirmiers avaient les attitudes les moins positives concernant l'item : optimisme - droits humains ($p = 0,003$), et avaient plus de comportements basés sur des idées fausses ($p < 0,001$) que les autres étudiants professionnel de la santé. Leurs perceptions sur l'item pessimisme - désespoir étaient probablement plus négatives que celles des étudiants en médecine ($p = 0,005$) et que les autres étudiants professionnels de la santé ($p < 0,001$).</p> <p>Il n'y avait pas de différences parmi les scores de l'échelle RSI et de l'ATDP des groupes d'étudiants. Il y avait une différence significative dans le confort avec la dépression parmi les groupes avec l'échelle RSI. Les comparaisons utilisant le test PLSD a indiqué que les étudiants infirmiers étaient plus à l'aise avec la dépression que les étudiants médecins ($p = 0,019$) et que les autres étudiants professionnel de la santé ($p = 0,018$). Il n'y avait pas de différence dans les scores de l'ATDP.</p> <p>Enfin, les traitements qui manquent d'égard par le personnel, les ouvertures sexuelles inappropriées et le comportement agressif</p>

	des patients ont été présentés comme les items les plus éprouvants.
Discussion	<p>Il y a des facteurs qui influencent les attitudes des professionnels de la santé. Parmi ceux-ci, l'expérience dans le domaine du handicap est un attribut favorable dans l'application de programmes d'études par les professionnels. Des différences d'attitudes ont été notées parmi les disciplines. Les étudiants infirmiers ont eu les attitudes les moins positives envers les personnes avec un handicap mais il n'est pas clairement expliqué pourquoi. L'expérience dans un parcours infirmier ne contribue pas forcément plus à accepter les attitudes que l'expérience dans n'importe quelle autre discipline.</p> <p>Perspectives : L'enseignement actif en utilisant un jeu de rôle pourrait être une approche constructive afin d'altérer ces attitudes négatives envers les personnes avec un handicap. Comprendre et connaître les attitudes des membres d'une équipe peut avoir un impact sur les résultats de la réhabilitation car les attitudes des professionnels de la santé peuvent influencer la manière dont ils prennent soin de leurs patients. Aussi, les programmes d'éducation devraient encourager l'expérience dans le travail comme une condition nécessaire.</p> <p>Limites de l'étude : Il est possible que les personnes qui ont répondu aient donné des réponses « socialement désirées ». L'étude n'a pas contrôlé les faux effets fixés par les biais et la désirabilité sociale. L'étude est un arrêt sur image des attitudes et des perceptions à un moment dans le temps et ne prédit pas nécessairement le comportement et les opinions futurs. L'étude s'est aussi limitée à une seule université dans un état particulier des Etats-Unis.</p>
Critique personnelle et méthodologique	<p>Cette étude est intéressante. Nous avons pu mettre en évidence une fois de plus que les infirmiers font partie des professionnels de la santé stigmatisant le plus les patients.</p> <p>Critique méthodologique : les critères méthodologiques ne sont pas tous respectés. Dans l'introduction il manque la précision de la question de recherche. Il manque aussi les mots-clés. Il n'est pas non plus mentionné les concepts utilisés dans l'étude.</p>

Etude 7 : « Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel » (E7)

Auteurs/Année	Chevallier Denise ¹ et Dunezat Philippe ² et des étudiants ³ infirmiers de Sainte-Marie promotion 2004-2007. (2007) ¹ : Cadre de santé formateur, IFSI Sainte-Marie, CH Sainte-Marie, Nice ² : Praticien hospitalier, chef de service de Département d'Information Médicale, CH Sainte-Marie, Nice ³ : pour les noms des étudiants, voir note de bas de page n°5 à la page
Résumé	La représentation du travail infirmier en psychiatrie est vue de manière négative par les soignants en soins généraux. Cette étude veut déterminer la stigmatisation des étudiants en soins infirmiers envers la psychiatrie et comprendre leur réticence à choisir le domaine de la psychiatrie comme lieu de travail. Objectif : Le but de cette étude est de détailler plus particulièrement ce qui amène un étudiant en soins infirmiers à travailler en psychiatrie, au-delà des stigmatisations liés à la spécialité et au patient. Mots-clés : représentation, maladie mentale, infirmiers en psychiatrie.
Introduction	Énoncé du problème : Cette étude explore les représentations dévalorisantes que les infirmières des soins généraux ont sur le domaine de la psychiatrie ainsi que sur les infirmières travaillant en psychiatrie. Elle s'intéresse aussi à l'impact qu'ont les représentations dévalorisantes des infirmières en soins généraux encadrant les étudiants sur la motivation des étudiants à choisir le domaine de la psychiatrie. Question de recherche : Les auteurs se questionnent sur le lien entre les représentations dévalorisantes de certaines infirmières du domaine de la psychiatrie et la réticence des étudiants infirmiers à se diriger vers la psychiatrie.
Méthodes	Échantillon : Dans la 1 ^{ère} et la 2 ^{ème} phase, il y avait un total de 44 cadres infirmiers choisis de manière aléatoire par téléphone par les auteurs. Dans la 3 ^{ème} phase l'enquête a été réalisée auprès de 359 étudiants de 3 ^{ème} année du département des Alpes-Maritimes (France). Méthode de récolte de données : La récolte de données se déroule en 3 phases : Dans la 1 ^{ère} phase, les auteurs ont réalisé 44 entretiens libres auprès des infirmières et des cadres de santé dans les différentes spécialités de médecine-chirurgie-gynécologie. Ces entretiens ont été introduits par la question suivante : « <i>Que représente pour vous le travail en psychiatrie ?</i> ». Dans la 2 ^{ème} phase, les auteurs ont fait une enquête dans le CHU de Nice et dans un établissement médical PSPH (clinique des Sources). L'enquête s'est déroulée avec un questionnaire passé en entretien face à face qui comprenait 21 questions fermées, ouvertes et à choix multiples. Pour une raison de temps, ils ont sélectionné les sujets de manière aléatoire par téléphone. Les

	<p>critères explorés étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le type de formation reçue (ancienneté de diplôme, formation continue). ▪ L'expérience professionnelle dans la spécialité psychiatrique. ▪ L'existence d'un projet en psychiatrie à court et long terme. ▪ Les représentations du soin, de la finalité du soin, de la maladie mentale. <p>La troisième phase de l'enquête s'est faite auprès des étudiants sous la forme d'un questionnaire de 10 questions fermées ou à choix multiples et a été réalisée sur plusieurs dates en février 2007. Elle a été effectuée dans les 5 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) des départements suivants : CH Cannes, CHU Nice, CRF Nice, CH Monaco, CH Sainte-Marie Nice. La question était la suivante : « Qu'est-ce qui amène un étudiant en soins infirmiers à choisir de travailler en psychiatrie, au-delà des stigmates liés à la spécialité et au patient ? ». Les critères explorés étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les représentations des étudiants de la psychiatrie et leur évolution à l'issue de la formation ▪ les choix professionnels envisagés à l'entrée en formation et à l'issue de la formation ▪ les facteurs invoqués pour justifier le choix professionnel de ceux qui choisissaient la psychiatrie ▪ le regard des futurs infirmiers en psychiatrie sur l'évolution de la spécialité et son impact sur leur projet professionnel.
Résultats	<p>Analyse de l'évolution de la représentation :</p> <p>Au début de la formation les étudiants en soins infirmiers ont, pour la plupart, une représentation négative de la psychiatrie. Au fil de la formation, ces représentations ont une évolution plutôt positive grâce aux nombreuses heures de cours (320 heures) qui sont dispensées sur ce domaine.</p> <p>À la question: « Quels sentiments évoque pour vous un patient atteint de maladie mentale ? », les réponses ont été la peur, puis l'étrangeté avant l'empathie, l'échange, la curiosité, la frustration et l'échec. Finalement les représentations du travail en psychiatrie du personnel soignant dans le domaine des soins aigus se rapprochent de celles du grand public.</p> <p>Analyse des déterminants influençant le choix professionnel :</p> <p>Les auteurs se sont intéressés aux facteurs influençant le choix professionnel sur l'ensemble des étudiants (E) et sur la catégorie voulant exercer en psychiatrie (P). Ils ont constaté des choix prioritaires de façon similaire par ordre décroissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la cohérence avec la conception du soin, représentant la notion de valeur professionnelle : 62 % pour E et 91,1 % pour P ▪ les facteurs d'ambiance : 69% pour E et 75,6% pour P. ▪ le salaire : 60,6% pour E et 51,1% pour P ; ▪ l'interaction vie privée/travail pour 50,5% pour E et 44,4% pour P ▪ organisation du travail, environnement et possibilité d'évolution arrivaient en dernier avec des pourcentages de 44,1 à 41,1 pour E et 26,7 à 28,9 pour P.

<p>Discussion</p>	<p>Le profil des futurs professionnels en psychiatrie:</p> <p>Les futurs professionnels « psys » ont des valeurs professionnelles nettement plus sensibles que les autres. Ils sont plus sensibles à l'ambiance, moins centrés sur le salaire et l'interaction vie privée/travail ainsi qu'à l'environnement et les possibilités d'évolution. Par contre les écarts entre les 2 populations sont moins significatifs concernant les représentations du soin dans sa globalité:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner un patient à évoluer dans un état de santé (62% pour E et 66,7% pour P). • Être à l'articulation d'un projet de soin centré sur le malade (31% pour E et 33,3% pour P). • Aider à guérir une maladie (2% pour E et 0% pour P). <p>Les similitudes entre la représentation de la santé mentale des professionnels de la santé et du grand public laissent supposer l'ampleur du travail à faire pour que la pathologie mentale ne soit plus stigmatisée.</p> <p>Pour les auteurs, il leur semble cohérent de définir un nouveau profil infirmier avec, en particulier, un projet de formation et un futur projet professionnel. Il serait intéressant de s'interroger sur les choix des jeunes diplômés et leur devenir à court et moyen terme. Ces éléments seraient des indicateurs prévisionnels d'un projet de management des ressources humaines au niveau des établissements et, plus largement, de gestion prévisionnelle des flux dans une politique de santé et de formation professionnelle continue. Ceci permettrait de prévenir les domaines où il y aurait un manque d'intérêt d'y travailler par les futurs professionnels et donc permettrait d'anticiper une pénurie d'effectif dans le domaine en question.</p> <p>Perspectives :</p> <p>L'étude donne des pistes d'actions pour la formation infirmière en ce qui concerne l'approche de la psychiatrie. Elle suggère la mise en place d'une spécialisation en soins infirmiers psychiatriques et une augmentation des connaissances dans tous les domaines des savoirs nécessaires à l'exercice de la profession infirmière. De plus, les auteurs soulèvent que le travail de dé-stigmatisation passe aussi par un partenariat avec les associations de patients et les familles de patients qui sont les premiers concernées par cette problématique. Les auteurs expliquent qu'il reste encore à imaginer et à mettre en œuvre pour faire connaître, avant de reconnaître de tous, à la fois les pathologies, mais surtout les humains qui en sont porteurs, comme de véritables <i>alter ego</i>.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <p>Les participants ont été choisis de manière aléatoire par les auteurs ce qui a pour inconvénient la non-représentativité</p>
<p>Critiques personnelles et méthodologiques</p>	<p>D'un point de vue général, la syntaxe n'est pas respectée. Les phrases sont trop longues et compliquent de ce fait la compréhension de l'article.</p> <p>Critiques méthodologiques : Après lecture de l'article, nous pouvons dire que le résumé n'explique pas clairement le sujet abordé dans l'article. Le devis de recherche n'est pas mentionné dans la recherche. Dans cette étude, les auteurs ne précisent pas les mesures prises afin de préserver les droits des participants. L'étude ne fait pas référence à un outil quelconque d'analyse des données récoltées.</p>

Etude 8: « Factors influencing the intention of students to work with individuals with intellectual disabilities » (E8)

Auteurs/Année	Werner Shirli ¹ et Grayzman Alina ¹ (2011) ¹ : The Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, Hebrew University of Jerusalem.
Résumé	<p>Selon les auteures, pour fournir des soins adéquats aux personnes atteintes de déficience intellectuelle, il est nécessaire que les étudiants montrent une volonté à travailler avec ce genre de patients.</p> <p>Objectif : Le but de cette étude est d'examiner les facteurs associés aux intentions des étudiants issus de soins infirmiers et ceux issus du domaine social à travailler avec des personnes souffrants de déficience intellectuelle (DI).</p> <p>Mots-clés : déficience intellectuelle, Théorie du Comportement Planifié (Theory of Planned Behavior), attitudes, connaissances.</p>
Introduction	<p>Énoncé du problème : Le mouvement de « désinstitutionalisation » a apporté un changement dans le traitement et dans les soins apportés aux personnes avec d'une déficience intellectuelle.</p> <p>En plus de ce changement, les besoins complexes des personnes atteintes de DI, les limites de la communication et les rapports aux difficultés cognitives ont mis en évidence différents éléments. Ces éléments sont les besoins de soins spécialisés et intensifs, le traitement à long terme par des professionnels qualifiés et spécialisés dans divers domaines et une multidisciplinarité.</p> <p>Le recrutement de professionnels pour travailler avec la population atteinte de DI devient difficile. Les études ont montré que travailler avec cette population n'est pas le premier choix des nouveaux professionnels autant dans le domaine de la santé que dans le social.</p> <p>Il s'est avéré que les étudiants infirmiers avaient une opinion moins positive envers les personnes atteintes de DI que les étudiants en médecine ou les étudiants d'un autre domaine de la santé. De plus, les attitudes personnelles jouent un rôle important dans les réticences des professionnels à travailler avec des personnes atteintes de DI.</p> <p>Questions de recherche : Malgré toutes les constatations faites ci-dessus, aucune étude n'a été examinée avec un cadre théorique. Les auteurs se demandent quels sont les facteurs spécifiques liés aux intentions des étudiants de différents domaines à travailler avec des personnes ayant une DI après la fin de leurs études. Pour se faire, ils vont intégrer dans leur étude la Théorie du Comportement Planifié pour comprendre les intentions et motivations des étudiants à travailler avec les personnes atteintes de DI.</p> <p>Idées et concepts centraux : La Théorie du Comportement Planifié (TCP) tient compte du processus par lequel les individus passent pour décider d'un plan d'action particulier. Cette théorie affirme que le meilleur prédicteur de comportement est l'intention d'effectuer le comportement. L'intention comportementale est influencée par 3 facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les attitudes personnelles envers le comportement (croyances sur les conséquences du comportement) ▪ les normes subjectives (les attentes des autres personnes importantes pour l'individu à l'égard du comportement) ▪ la perception du contrôle comportemental (se réfère à la facilité ou difficulté à effectuer le comportement)

	<p>Sur la base de la TCP, les auteurs ont supposé que les intentions de travailler avec des personnes ayant une déficience intellectuelle étaient plus élevées chez les personnes ayant une attitude plus positive, des normes subjectives plus positives et une plus forte perception du contrôle comportemental.</p>
Méthodes	<p>Échantillon : Les étudiants de 17 programmes scolaires de Jérusalem ont participé à cette étude (4 programmes du travail social, 4 programmes de l'éducation spécialisée, 4 programmes d'ergothérapie, 3 en soins infirmiers, 2 en orthophonie). Ils ont été choisis car ils correspondent aux domaines où les professionnels sont les plus susceptibles d'avoir une influence dans la prise en charge de personnes atteintes de DI. Dans ces programmes scolaires 667 élèves étaient disponibles mais seuls 512 ont rempli le questionnaire. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'école du travail social et des affaires sociales de l'université.</p> <p>Méthode de récolte de données : Les informations sur la recherche ont été envoyées aux chefs de tous les programmes universitaires et collégiaux pertinents en Israël. Les auteurs ont utilisé un questionnaire se basant sur la TCP. Ils ont suivi la procédure selon Conner et Sparks (2005).</p> <p>Méthode d'analyse des données : Avec le questionnaire cité ci-dessus, ils ont pu analyser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la variable dépendante qui était les intentions comportementales ▪ la variable indépendante qui était les attitudes ▪ les normes subjectives ▪ le contrôle du comportement perçu qui contenait la contrôlabilité et l'efficacité personnelle ▪ les connaissances subjectives dans le domaine des déficiences intellectuelles ▪ les attitudes envers les personnes avec une déficience intellectuelle ▪ si les personnes participant à l'étude connaissaient quelqu'un avec une déficience intellectuelle <p>Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire l'échantillon et les principales variables. Les corrélations de Pearson entre les principales variables de l'étude ont été examinées. Les t-tests indépendants ont été utilisés pour examiner les différences entre les intentions de comportement à traiter les personnes avec une DI en fonction de différents domaines d'études.</p>
Résultats	<p>Après analyse statistique des données, les intentions comportementales, les normes subjectives et les connaissances subjectives se situaient au milieu de l'échelle (entre les intentions positives et négatives), tandis que la contrôlabilité se situait du côté positif de l'échelle. À l'exception de la contrôlabilité et des attitudes envers les personnes ayant une DI, toutes les composantes du modèle de la TCP ont été corrélées avec la composante de l'intention de travailler avec les individus ayant une DI. La plus forte corrélation positive observée était celle entre l'intention de travailler avec les individus avec une DI et les normes subjectives, suivie par les attitudes et l'auto-efficacité.</p> <p>Il existe des différences entre les principales variables de l'étude et les étudiants des différents groupes professionnels. Les</p>

	<p>étudiants du travail social et en soins infirmiers ont été regroupés et comparés aux étudiants de l'ergothérapie et de l'orthophonie, car il a été constaté que les principales différences entre les scores étaient entre ces groupes. Un niveau inférieur pour toutes les variables (intention comportementale, attitudes, normes subjectives, contrôlabilité, auto-efficacité, connaissance antérieure, connaissance subjective) a été observé pour les étudiants du travail social et les étudiants en soins infirmiers par rapport à l'autre groupe mais les différences n'étaient pas statistiquement significatives pour la contrôlabilité et l'auto-efficacité.</p> <p>Les plus forts prédicteurs de l'intention étaient les normes subjectives, suivies par les attitudes. L'auto-efficacité n'a pas montré un impact direct sur l'intention, mais elle était plutôt liée à des attitudes et à travers eux à l'intention. La connaissance subjective a démontré avoir une association statistiquement significative avec les normes subjectives et l'auto-efficacité, ainsi qu'une faible association directe avec l'intention comportementale. Le domaine d'étude a révélé être associé aux attitudes aux normes subjectives, ainsi que directement avec les intentions, montrant que les étudiants dans les domaines de l'ergothérapie, orthophonie de la langue et l'éducation spéciale étaient plus ouverts à travailler avec des personnes ayant une DI que les étudiants du travail social et des soins infirmiers.</p> <p>En ce qui concerne les variables externes, le sexe a démontré avoir un impact direct sur les attitudes : les femmes montrent des attitudes plus positives.</p>
<p>Discussion</p>	<p>Les étudiants infirmiers et les étudiants travailleurs sociaux ont le score le plus bas dans le questionnaire de la Théorie du Comportement Planifié, ce qui veut dire qu'ils sont les plus réticents à travailler avec des personnes atteintes de DI. Les auteurs posent l'hypothèse que les élèves des autres domaines ont plus de pratique et connaissent donc mieux leur rôle auprès des patients ayant une DI.</p> <p>Facteurs influençant l'intention des étudiants</p> <p>Spécifiquement, parmi le questionnaire standard de TCP, les normes subjectives se sont avérées être le plus fort prédicteur des intentions de travailler avec des individus ayant une DI. Cette constatation peut être attribuée au fait que les jeunes étudiants dans leur premier stage professionnel sont plus susceptibles d'être influencés quant à leurs décisions par les perceptions des autres personnes.</p> <p>Le deuxième plus fort prédicteur de l'intention était les attitudes propres à chaque étudiant à travailler avec les personnes ayant une DI. Les étudiants qui perçoivent le travail avec ces personnes comme un challenge et d'une manière bénéfique, rapportent une intention plus particulière à travailler avec cette population. Ces résultats sont en concordance avec les hypothèses de la TCP et suggèrent que pour accroître la volonté des futurs professionnels à travailler avec les personnes ayant une DI, il est nécessaire d'élaborer des interventions visant à modifier les attitudes des étudiants.</p> <p>Une dernière explication des résultats est que le manque de connaissance ainsi que le faible sentiment d'efficacité personnelle que procure le travail avec des individus ayant une DI expliquent une réticence à travailler avec cette population.</p> <p>Ces résultats sont spécialement inquiétants dans les professions de la santé et du social. Comme cela a été suggéré, si le manque d'expérience et de confiance en soi sont combinées au manque de connaissance, les personnes avec une DI et leurs familles sont susceptibles d'être laissées avec des soins insatisfaisants et des besoins émotionnels.</p>

	<p>Les implications dans la pratique : La formation à l'université devrait focaliser à nouveau des objectifs sur une voie qui conduirait à promouvoir les intentions des étudiants à travailler avec des individus souffrant d'une DI. Des rencontres entre les futurs professionnels et les professionnels du terrain sont nécessaires afin d'apporter la formation d'une attitude plus positive et d'augmenter les résultats des intérêts et des intentions à travailler dans ce domaine.</p> <p>Limites de l'étude : Les données employées étaient transversales. Par conséquent, les conclusions relatives à la causalité sont provisoires et doivent être traitées avec prudence. L'échantillon de l'étude comprenait un échantillon de convenance ce qui peut affecter la généralisation des résultats. L'échantillon contient des personnes de professions différentes ce qui empêche de généraliser complètement le résultat aux infirmières.</p>
<p>Critiques personnelles et méthodologiques</p>	<p>Le but de la recherche est en adéquation avec les résultats. La corrélation entre les réticences des étudiants et leur sentiment d'efficacité auprès des personnes souffrant de déficience intellectuelle est bien mis en évidence. La présente étude nous montre des facteurs influençant nos comportements amenant à la stigmatisation.</p> <p>Critiques méthodologiques : La complexité des méthodes d'analyses amène quelques difficultés de compréhension. Cependant la méthodologie est bien respectée.</p>

Etude 9: « Assessing female students'attitudes in various health and social professions toward working with people with autism : A preliminary study » (E9)

Auteurs/Année	Werner Shirli ¹ . (2010) ¹ Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, Hebrew University of Jerusalem.
Résumé	<p>Objectifs : Le but de cette étude est d'évaluer les attitudes des étudiants dans diverses professions sociales et de la santé envers le travail avec des personnes atteintes d'autisme. Le deuxième but est de fournir des informations qui peuvent être incorporées dans la conception de programmes d'interventions efficaces.</p> <p>Mots-clés : Éducation interprofessionnelle, trouble du spectre autistique, la théorie du comportement planifié, questionnaire incitatif, attitudes.</p>
Introduction	<p>Énoncé du problème : Les études ont conclu que le développement du handicap n'est pas le premier choix professionnel des nouveaux arrivants dans les professions de la santé et du social. Il est important de comprendre les facteurs qui affectent le choix des étudiants à travailler avec les personnes atteintes d'autisme.</p> <p>Question de recherche : Étant donné la complexité de l'autisme, il est important de comprendre les préférences professionnelles à travailler spécifiquement avec ce groupe.</p> <p>Idées et concepts centraux : La théorie du comportement planifié est utilisée.</p>
Méthodes	<p>Devis : quantitatif</p> <p>Échantillon : Un nombre de 42 étudiantes ont été recrutées dans 3 universités en Israël. L'âge allait de 20 ans à 33 ans. Sur les 42 étudiantes, 10 venaient du département du travail social, 8 de l'éducation, 7 des soins infirmiers, 9 de la thérapie professionnelle et 8 du trouble de la communication, de l'expression et de la thérapie du langage. Ces groupes ont été sélectionnés car ils reflètent les professions hautement probables de rencontrer des gens atteint d'ASD (autism spectrum disorder). L'échantillon contient seulement des femmes car elles forment la majorité des professionnelles dans ces groupes et sont par conséquent plus disponibles pour participer. La grandeur de l'échantillon était considérée comme appropriée car le but d'une étude incitative n'est pas de généraliser mais d'explorer les sentiments et les opinions de cette population.</p> <p>Méthode de récolte des données : L'étude a utilisé un questionnaire incitatif basé sur la théorie du comportement planifié. Les étudiantes ont dû lister leurs croyances en répondant à 6 questions ouvertes :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les avantages et les désavantages à travailler avec une personne atteinte d'autisme. ▪ Les expériences associées à leurs vues sur le travail avec une personne atteinte d'autisme. ▪ Les facteurs et les circonstances qui pourraient permettre ou qui rendraient difficile ou impossible le travail avec une personne atteinte d'autisme. ▪ Les autres problèmes qui leur viennent à l'esprit lorsqu'ils pensent au travail avec une personne atteinte d'autisme. <p>Une personne qui ne connaît pas les étudiantes les a approchées durant les pauses, et leur a demandé de participer à l'étude.</p> <p>Méthode d'analyse des données :</p> <p>Les données ont été analysées en identifiant des termes clés sans utiliser des catégories préconçues. Les données ont été catégorisées par thèmes et traduites en attitudes essentielles et croyances contrôlées sur le travail avec une personne ayant un ASD. L'auteur a listé des données par ordre de fréquence, par conséquent, il en a formé une liste de croyances qui mesure les attitudes et la perception du contrôle comportemental. Seulement les thèmes revenant cinq fois ou plus étaient inclus dans l'étude.</p>
Résultats	<p>12 thèmes représentant les attitudes et sept représentant la perception du contrôle comportemental ont été trouvés.</p> <p>Les attitudes :</p> <p>Le thème le plus fréquent était que le travail avec cette population était vu comme difficile et demandant. Les étudiantes ressentent que le travail avec cette population peut être physiquement et émotionnellement fatiguant et devrait requérir un haut niveau d'énergie, de patience et d'engagement. Un autre thème fréquent était les difficultés d'entrer en communication avec ces individus. Ainsi, le travail avec les autistes est vu comme frustrant, puisqu'il est difficile de recevoir un feedback de leur part sur les soins qu'on leur administre.</p> <p>Le problème de la stigmatisation est noté par des déclarations comme « les personnes atteintes d'ASD manquent de vraies réponses ». L'hygiène de cette population et la sécrétion abondante de salive dégoûtent certaines participantes. D'autres étudiantes ont aussi reporté la pénurie d'information sur cette maladie qui contribue à une diminution du travail avec cette population.</p> <p>En dépit de ces attitudes négatives, plusieurs participantes ressentent le travail avec cette population comme important et leur permettant de contribuer à l'aide aux personnes dans le besoin. Travailler avec cette population est gratifiant et est jugé par certains comme un travail « saint ». Le travail avec cette population est perçu comme une opportunité de développer la personnalité et la professionnalité des étudiantes. D'autres avantages ont été cités comme le développement des compétences telles que la patience, l'empathie et la communication non-verbale.</p> <p>La perception du contrôle comportemental :</p> <p>Les facteurs comportementaux pour travailler dans ce domaine étaient : l'intelligence émotionnelle, la patience, le fait d'être robuste, la générosité, le fait d'être attentionné, l'amour pour les autres et les réels désirs et intérêt à travailler avec cette population.</p> <p>Le second facteur comportemental perçu comme essentiel dans l'aisance des difficultés d'entrer dans ce domaine sont la</p>

	<p>connaissance antérieure et l'expérience, à travers le travail volontaire ou la relation personnelle avec quelqu'un qui travaille dans ce domaine ou avec quelqu'un souffrant de cette maladie. La connaissance professionnelle et l'entraînement sont nécessaires pour fournir les compétences et l'assurance à travailler avec cette population.</p> <p>La comparaison entre les étudiantes de différentes professions :</p> <p>Les étudiantes de certaines professions perçoivent clairement le besoin de traitement par leur profession tandis que d'autres ne comprennent pas clairement leur rôle. Par exemple une étudiante infirmière a dit : «Je suis une infirmière, alors je peux servir n'importe quelle population ». Dans le contraste, une autre étudiante dans le domaine social a dit : « Je m'intéresse au travail thérapeutique et avec cette population tu ne peux pas aller profondément dans les conversations ». Les étudiantes infirmières évaluent ce travail comme étant important en comparaison avec les autres étudiantes qui le trouvent beaucoup moins important. Aucune étudiante infirmière ne qualifie le travail avec cette population de un challenge, à l'opposé des étudiantes en éducation. Dans la construction du contrôle comportemental, plus d'étudiantes infirmières ont désigné les connaissances antérieures et l'expérience comme un facteur important.</p>
Discussion	<p>Perspectives :</p> <p>L'auteur appelle à l'augmentation de programmes universitaires dans le domaine de la stigmatisation de l'autisme, à l'augmentation du contact des étudiants avec cette population et la focalisation et l'entraînement en collaboration interprofessionnelle.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <p>Premièrement, les résultats de l'étude sont à interpréter avec prudence dû à la taille de l'échantillon qui est considérablement petit. Deuxièmement, tous les participants étaient des femmes. Troisièmement, l'auteur n'a pas spécifiquement examiné les connaissances antérieures ou contacté les personnes atteintes d'autisme. Quatrièmement, l'auteur n'a pas examiné le comportement ou l'intention de se comporter et, par conséquent, il serait important pour les recherches futures d'examiner la relation entre les attitudes et le comportement actuel. Finalement les données ont été analysées seulement par l'auteur.</p>
Critiques personnelles et méthodologiques	<p>Selon nous l'autisme est un sujet peu abordé dans les années de formation principalement dans les soins infirmiers. C'est pourquoi nous trouvons important que les auteurs sensibilisent les professionnels à ce thème.</p> <p>Critique méthodologique : l'étude respecte les critères méthodologiques.</p>

Etude 10: « Student nurses's attitudes towards working with older patients » (E10)

Auteurs/Année	McKinlay Andy ¹ , Cowan Sue ² (2003) ¹ : Senior Lecturer, Departement of Psychology, University of Edinburgh ² : Lecturer, Tyside Institute for Health Studies, School of Social and Health Sciences, University of Abertay, Dundee
Résumé	<p>Objectifs : Le but de cette étude est d'examiner les attitudes des élèves infirmiers envers le travail avec les patients âgés.</p> <p>Mots-clés : Étudiants infirmiers, attitudes, patients âgés, théorie du comportement planifié, éducation.</p>
Introduction	<p>Énoncé du problème : Le vieillissement de la population au Royaume-Uni est un problème de santé publique majeur. Donc les soins aux personnes âgées feront de plus en plus partie du travail des professionnels de la santé, en particulier les infirmières. Toutefois, les statistiques suggèrent que les professionnels de la santé et spécifiquement les infirmières, ne sont pas attirés par cette spécialité. Cette constatation constitue un problème dans l'offre en soins aux personnes âgées.</p> <p>Question de recherche : Étant donné l'évolution de la population vieillissante au Royaume-Uni, les infirmières seront de plus en plus amenées à soigner les personnes âgées. Cependant, il existe une réticence de la part des infirmières à travailler avec les patients âgés. D'une part, cela peut être dû aux attitudes négatives des infirmières à l'égard du travail avec les personnes âgées. D'autre part, comme le suggèrent Nolan et al. (2002), cela peut être dû à des facteurs très différents, tels que les expériences des étudiants en soins infirmiers (ce que les auteurs appellent les environnements de soins « appauvris ») lors des stages pratiques avec les personnes âgées. Cela constitue un problème potentiel dans l'offre en soin aux patients âgés car il peut y avoir un impact sur le type et la qualité des soins prodigués. Ainsi dans cette étude, il est question d'interroger les étudiants infirmiers au sujet de leurs attitudes à l'égard du travail avec les patients âgés.</p> <p>Idées et concepts centraux : La Théorie du Comportement Planifié (TCP) dit que les intentions comportementales (motivation) et le déterminant proximal du comportement sont prédits par le résultat d'un certain nombre de facteurs différents. Il s'agit notamment des attitudes individuelles (positives ou négatives) envers le comportement cible, les normes subjectives et la perception du contrôle comportemental. Les attitudes sont comprises comme les croyances individuelles en résultats du comportement cible, ainsi que leurs évaluations de ces résultats. Les normes subjectives sont les attentes des autres relativement à l'adoption du comportement. Les normes subjectives intègrent la motivation de l'individu à se conformer aux points de vue des autres personnes importantes. La perception du contrôle comportemental intègre des facteurs que l'individu considère être importants pour déterminer s'ils peuvent réellement ou non effectuer le comportement. La TCP exige que les chercheurs fassent intervenir auprès des participants ces facteurs qu'eux-même considèrent comme pertinents pour la formation des attitudes, des normes subjectives et de la perception du contrôle comportemental. En plus, la théorie exige que l'objectif de l'étude soit précisé autant</p>

	<p>que possible. Comme dit auparavant, dans cette étude, il s'agit de demander aux étudiants infirmiers leurs attitudes à l'égard du travail avec les patients plus âgés plutôt que de leur demander leur point de vue plus général sur les personnes âgées.</p>
Méthodes	<p>Échantillon : L'échantillon comptait 160 femmes et 12 hommes étudiants en soins infirmiers dans 3 hautes institutions d'éducation à Scotland. Ces étudiants ont fait plusieurs stages et ont une large expérience dans le travail avec les personnes âgées.</p> <p>Méthode de récolte des données : Un certain nombre de composants de la Théorie du Comportement Planifié associé aux comportements des infirmières envers le travail avec les personnes âgées ont été mesurés. L'outil de récolte de données était un questionnaire dans lequel deux vignettes (Nurse A / Nurse B) ont été intégrées afin de représenter deux orientations comportementales alternatives de soins envers les personnes âgées. Ceci avait pour objectif d'identifier les croyances principales des étudiants infirmiers concernant le travail avec la population cible. Les participants ont été amenés à énumérer autant d'avantages et d'inconvénients à se comporter comme les infirmières décrites dans les vignettes. Ils ont également associé les composants de la TCP avec trois questions démographiques qui sont l'année de formation, le nombre de semaines d'expérience (<8 semaines, >8 semaines) et une autre expérience de travail avec les personnes âgées. Pour chaque composant, un test a été effectué afin de l'évaluer.</p> <p>Méthode d'analyse des données : Les réponses aux questionnaires ont été codées conformément à la procédure spécifiée par Ajzen et Fishbein (1980) (auteurs de la Théorie du Comportement Planifié et la Théorie de l'action Raisonnée) et les scores ont été obtenus en faisant des soustractions des réponses des items entre les vignettes A et B.</p>
Résultats	<p>Statistiques descriptives : Dans la régression multiple, la variable dépendante est régressée par rapport aux autres variables indépendantes. Dans ce cas, l'intention de bien se comporter est régressée par rapport aux attitudes, aux normes subjectives et au contrôle du comportement perçu.</p> <p>Régression hiérarchique : La première étape dans le test de la TCP est d'établir que la relation proposée entre l'intention de se comporter, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental soient valides. Habituellement dans la TCP, la méthode statistique utilisée est la régression multiple. Dans cette régression multiple, la variable dépendante est régressée par rapport à plusieurs variables indépendantes. Cela veut dire qu'il est possible de faire des comparaisons directes entre l'influence de différentes variables indépendantes sur la variable dépendante. Dans ce cas, l'intention de se comporter est régressée par rapport aux attitudes, aux normes subjectives et à la perception du contrôle comportemental. Les analyses de la régression hiérarchique montrent que l'intention de se comporter envers les patients âgés comme la vignette de l'infirmière A ou B était prédite par l'attitude et les normes subjectives.</p> <p>Les comparaisons entre les 2 orientations comportementales infirmières: <u>Les croyances comportementales</u> : des analyses plus poussées des croyances comportementales ont été menées pour</p>

	déterminer quelles croyances ont été associées à une préférence relative pour se comporter comme l'infirmière A ou plutôt comme l'infirmière B. Les participants ont été classés en fonction de leur attitude à l'égard des deux orientations comportementales. Les participants se trouvant au sommet de l'échantillon, ceux qui ont exprimé une vue relativement positive de l'infirmière B (n=60) et ceux se trouvant en dernière position et exprimant une vision relativement positive de l'infirmière A (n=59) ont été ensuite comparés en fonction des résultats de leur évaluation comportementale en lien avec les 20 croyances comportementales spécifiques relevées dans l'étude.
Discussion	<p>Perspectives : En général, les participants correspondent plus à la vignette de l'infirmière B car ils ont des intentions et des attitudes plutôt positives envers le travail avec les personnes âgées. Ils croient également avoir un niveau de contrôle sur leur comportement modérément élevé. Les résultats des analyses hiérarchiques montrent que les intentions des étudiants infirmiers envers le travail avec les personnes âgées sont principalement prédites par leurs attitudes. Bien que les attitudes des participants soient le principal déterminant des intentions comportementales envers les patients âgés, les normes subjectives jouent un petit rôle mais significatif tout de même. Cela offre un soutien permettant de voir que les attitudes à l'égard du travail avec les patients âgés incorporent une mesure de ce facteur.</p> <p>Limites de l'étude : Une partie des résultats de cette étude était déjà connue des autres recherches sur ce sujet comme le fait que travailler avec les patients plus âgés devient une partie de plus en plus grande des soins infirmiers et que les attitudes des infirmières à l'égard des personnes âgées sont généralement positives. Cette étude se base essentiellement sur la Théorie du Comportement Planifié autant dans leur cadre de références que dans leur outil de récolte de données.</p>
Propre questionnement et critiques	<p>Grâce à l'utilisation d'une théorie sur le comportement, cette étude nous permet de comprendre et de mettre en évidence les facteurs influençant les attitudes et comportements envers un objet cible. En effet, les patients âgés sont une population qui est omniprésente dans divers services et la réticence des infirmières à travailler avec ces derniers est une réalité. Cette étude nous a semblé donc pertinente pour comprendre et connaître les croyances soutenant ces attitudes négatives envers les personnes âgées.</p> <p>Critiques méthodologiques : cette étude respecte les critères méthodologiques.</p>

Etude 11 : « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins » (E11)

Auteurs/Année	Carde Estelle ¹ (2007). ¹ : Chercheuse associée à l'UMR, Université Victor Segalen Bordeaux.
Résumé	Mots-clés : Discrimination selon l'origine, accès aux soins, accès aux droits à la couverture maladie, politique d'immigration, culturalisme, Guyane.
Introduction	<p>Énoncé du problème : La notion de discrimination a été banalisée depuis 1990. De nos jours, les recherches portent sur les discriminations selon l'origine s'intéressant principalement à l'accès à l'emploi et à l'éducation. De son côté, l'accès à la santé est resté relativement peu investi.</p> <p>Question de recherche : L'auteure s'est demandée comment l'accès aux soins peut être différencié selon les critères autres que strictement médicaux.</p> <p>Idées et concepts centraux : Comme toute discrimination, ce sont des traitements (et non simplement des intentions) différentiels et illégitimes. Cette illégitimité s'évalue au regard du droit et de la société. Dire que les discriminations se fondent sur l'origine signifie qu'elles s'appuient sur une perception : un individu perçoit une différence d'origine chez un autre individu et lui applique un traitement différent au nom de cette différence d'origine perçue. Cette perception ne se repose pas, ou pas uniquement, sur la nationalité ou le lieu de naissance. Elle s'appuie plutôt sur des éléments « socialement visibles » tels qu'une couleur de peau, un accent, un vêtement, etc.</p>
Méthodes	<p>Devis : qualitatif</p> <p>Échantillon : L'échantillon se compose de 175 professionnels de l'accès aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34 agents administratifs • 72 professionnels de la santé (médecins et infirmiers) • 57 travailleurs sociaux <p>Méthode de récolte des données : Les participants ont été recrutés par la méthode dite boule de neige à part pour les personnes de l'administration car elles sont souvent seules à leur poste. Les participants ont été observés sur leur lieu de travail et ont été interrogés au cours d'entretiens semi-directifs d'une durée d'une heure à une heure trente. Les données ont été enregistrées et retranscrites intégralement. La souplesse des entretiens semi-directifs a permis de recueillir des données qualitatives.</p> <p>Méthode d'analyse des données : L'analyse a consisté à repérer les traitements différents effectués par les professionnels de l'accès aux soins auprès de certains groupes de personnes. Ont été également recherchés des traitements défavorables affectant préférentiellement les étrangers et</p>

	les immigrés ainsi que les français d'origine étrangère alors qu'ils n'étaient pas identifiés comme tels par les professionnels, c'est-à-dire des discriminations indirectes à leur entourage.
Résultats	<p>De cette analyse, ont pu être dégager une typologie des processus discriminatoires :</p> <p>La discrimination directe :</p> <p>Deux modes de caractérisation de la différence d'origine justifiant des traitements discriminatoires ont été justifiés.</p> <p>Le premier mode est la « délégitimation ». L'utilisateur délégitimé est présenté comme un « assisté » dont les soins « coûtent cher aux cotisants ». La prise en charge de ces « assistés-étrangers en situation irrégulière » est présentée comme un poids pour les cotisants. Au nom de ces représentations de « délégitimation », certains professionnels justifient des pratiques différentielles, défavorables et illégitimes, et donc discriminatoires. Cependant ces pratiques de discrimination ont été plus souvent présentes chez les professionnels de l'administration pour lesquels la réglementation est une référence permanente.</p> <p>Le second mode est la différenciation. Ici « l'autre » est caractérisé avant tout par sa différence qui est le plus souvent qualifiée de « culturelle ». Elle est décrite par une façon particulière de s'exprimer, de manifester les symptômes d'une maladie, etc. Ces représentations justifient chez certains professionnels que la personne soit orientée vers une offre de service ou de soin dérogatoire au droit commun censé être adapté à sa différence. La discrimination selon l'origine se fait aussi au détriment des facteurs socio-économiques de l'accès aux soins (par exemple en Guyane, certains professionnels soignants ne proposeraient pas de traitement antirétroviral aux patients dépistés séropositifs pour le VIH, voire ne jugeraient pas même utile de leur expliquer ce que c'est que l'infection au VIH, lorsque leur appartenance ethno-raciale est censée être associée à un défaut d'observance : « Vous savez bien que ces gens-là, vous ne les reverrez jamais ! »).</p> <p>La discrimination indirecte :</p> <p>Les croisements entre origine étrangère et précarité sont particulièrement manifestes. C'est-à-dire que ces discriminations affectent de préférence les étrangers quand ils sont en situation de précarité. Le défaut de familiarité des praticiens avec des démarches administratives qui restent l'exception, mêlé à une exaspération générale de la profession envers « la paperasserie » fait le reste : les bénéficiaires de l'AME sont les patients les plus souvent rejetés au nom de ces dysfonctionnements institutionnels.</p>
Discussion	<p>Perspectives :</p> <p>En ce qui concerne les représentations de « délégitimation » à l'égard des étrangers, il peut être proposé d'instaurer une couverture maladie pour tous les résidents, affranchis des critères du droit au séjour. Cela diminuerait les suspicions à l'égard des personnes étrangères puisqu'il n'y aurait plus lieu de repérer les couvertures qui relèvent d'une catégorie à part. Pour lutter contre les pratiques justifiées par les représentations de « délégitimation » la mise en place d'un récépissé d'enregistrement des demandes de couverture maladie afin de prévenir les refus non motivés a été proposée.</p> <p>Le rappel de leurs obligations légales aux professionnels de soin, telle que celle de soigner même en l'absence de prise en charge sociale, pourrait atténuer les conséquences de ces restrictions.</p> <p>Pour diminuer les discriminations, l'auteur recommande d'éviter que la perception d'une différence ne prive de l'accès au droit</p>

	<p>commun. Il s'agit de prendre en compte la diversité des usagers du système de soin tout en facilitant l'accès aux structures de soins. Pour ce faire il faut favoriser les liens entre les structures médico-sociales afin d'éviter les démarches inutiles, multiplier les postes d'assistance sociale, mettre en place des équipes de soins pluridisciplinaires.</p> <p>Limites de l'étude : Cette étude s'intéresse aux structures socio-économiques et de santé. Il est donc difficile de généraliser et de transposer les résultats.</p>
<p>Propre questionnement et critiques</p>	<p>L'étude ne parle pas spécifiquement de la profession infirmière mais aborde d'autres facettes du domaine de la santé qui sont l'aspect administratif et l'aspect des assurances. Elle a permis de mettre en évidence les différentes formes de discriminations qui n'ont pas été relevées dans les autres articles.</p> <p>Critiques méthodologiques : L'auteure a effectué sa recherche seule, ce qui, selon les critères de recherches, amène moins de crédibilité à ce travail. Cependant l'auteur a effectué cette recherche dans le but d'obtenir son doctorat. Nous supposons qu'il s'agit là de la première recherche de l'auteure, c'est pourquoi il existe des lacunes dans le respect des critères méthodologiques ainsi que dans la syntaxe des phrases. Les objectifs de cette étude ne sont pas clairement présentés.</p>

Etude 12: « Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses » (E12)

Auteurs/Année	Poon Man-Yuk ¹ , Tarrant Marie ² . (2009) ¹ : Registered Nurse, Prince of Wales Hospital, Hong Kong, China ² : Assistant Professor, Departement of Nursing Studies, Li Ka Shing Faculty of Medecine, Hong Kong, China
Résumé	<p>L'obésité est un problème de santé publique mondial. Les taux croissants de surpoids et d'obésité font également des ravages dans les pays asiatiques qui ont historiquement des taux beaucoup plus bas. Malgré la prévalence croissante de l'obésité dans le monde entier, les études montrent que les infirmières et autres professionnels de la santé ont des attitudes négatives envers les personnes obèses, attitudes qui peuvent affecter la prise en charge de ces patients.</p> <p>Objectifs : La présente étude a pour but d'étudier les attitudes des élèves infirmières et des infirmières diplômées envers les personnes obèses et envers la prise en charge de patients obèses.</p> <p>Mots-clés : Attitudes, infirmières, soins infirmiers, obésité, étudiantes infirmières</p>
Introduction	<p>Énoncé du problème : L'obésité est un problème de santé publique mondial qui affecte non seulement les pays développés mais aussi les pays en développement (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2000). L'obésité commence à dépasser le tabagisme comme première cause évitable de mortalité dans les pays développés (Renehan et al. 2008). Dans les pays asiatiques, le taux de surpoids et d'obésité sont croissant et font également d'importants dommages dans plusieurs pays. En chine 29,1% de la population adulte est en surpoids et 3,8% est obèse. À Hong Kong, 35,9% de la population âgée de plus de 15 ans est en surpoids et 2,9% est obèse. En plus des différents impacts que l'obésité a sur la santé des individus, cette maladie a des conséquences psychologiques importantes et les personnes obèses doivent faire face à des stéréotypes et à une discrimination à tous les niveaux de la société. Les personnes obèses sont plus susceptibles de souffrir de faible estime de soi et d'une image corporelle négative (Miller et Downey 1999 Grilo et al. 2005). De plus, professionnellement, les personnes obèses sont souvent victimes de discrimination en étant assignées à des postes pour lesquels elles sont surqualifiées, en gagnant des salaires inférieurs et en obtenant moins souvent une promotion (Kolotkin et al. 2001 Puhl et al. 2005). À Hong Kong, il existe des preuves anecdotiques démontrant que la stigmatisation associée à l'obésité est si grande que les personnes souffrant d'obésité morbide ont tendance à ne pas sortir de chez elles pour éviter d'être vues et ridiculisées (Schwartz, 2002).</p> <p>Les infirmières jouent un rôle clé dans le conseil et l'accompagnement des malades à perdre du poids et dans les problèmes de santé liés à l'obésité. Cependant, des études montrent régulièrement que les professionnels de la santé ont des attitudes négatives similaires à celle du grand public envers les personnes obèses (Brown, 2006). Des études chez les infirmières et les autres professionnels de la santé (Hare et al. 2000, Magliocca et al. 2005) montrent que la plupart détiennent un certain niveau d'attitudes négatives et de stéréotypes envers les personnes obèses. Les patients obèses sont souvent considérés, par les</p>

	<p>professionnels de la santé, comme paresseux, peu attrayants, inactifs et comme manquant de maîtrise de soi, de volonté et de détermination (Puhl et Brownell 2001 Teachman et Brownell 2001 Bocquier et al. 2005 Brown 2006).</p> <p>Question de recherche :</p> <p>Si les infirmières doivent être efficaces pour aider les patients obèses à perdre du poids et fournir des soins infirmiers de qualité et de non-jugement, il est important de comprendre les attitudes et les pratiques des infirmières envers les patients souffrant d'obésité. Si les prestataires de soins détiennent des attitudes négatives envers les patients obèses, la qualité des soins dispensés pourrait être compromise et ces attitudes négatives pourraient entraver la relation de confiance entre le personnel soignant et le patient (Harvey et Hill 2001 Drury et Louis 2002). Les attitudes des professionnels de la santé à l'égard patients obèses ont été étudiées dans différents pays, mais aucune étude n'a été faite sur des populations asiatiques. Compte tenu de la prévalence croissante de l'obésité dans les pays asiatiques, cette étude a été conçue pour évaluer les attitudes des étudiants en soins infirmiers ainsi que celles des infirmières et infirmiers diplômés envers les personnes et les patients obèses.</p> <p>Idées et concepts centraux :</p> <p>L'OMS a défini le surpoids comme un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 (kg/m²) et l'obésité comme un IMC ≥ 30 (OMS, 2000).</p> <p>L'obésité est un état avec de nombreux effets néfastes sur la santé qui ont été largement documentés. Les taux de prévalence des complications telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'hypertension sont tous sensiblement plus élevés chez les personnes obèses (Haslam et James 2005) et l'obésité peut prédisposer les individus à diverses maladies infectieuses (Falagas et Kompoti, 2006). En outre, d'autres problèmes de santé non mortels mais débilitants sont associés à l'obésité comme les maladies respiratoires chroniques, les problèmes musculo-squelettiques tels que les problèmes d'arthrite, des problèmes de reproductivité comme par exemple la stérilité et l'impuissance (OMS, 2003). L'obésité diminue considérablement l'espérance de vie, surtout chez les jeunes adultes (Fontaine et al. 2003).</p>
Méthodes	<p>Devis : étude transversale</p> <p>Échantillon :</p> <p>Un échantillon d'étudiants dans une école en soins infirmiers a été recruté pour l'étude. Les infirmiers et infirmières diplômés ont été recrutés sur une base volontaire. Les recrutements se sont déroulés entre avril 2003 et juin 2005. Au total, un échantillon de 352 étudiants en soins infirmiers et 199 infirmiers et infirmières diplômés a participé à l'étude.</p> <p><u>Considérations éthiques :</u> Avant la collecte de données, le <i>Institutional Review Board of the participating institution</i>, a accordé l'approbation éthique pour mener la présente étude. Afin d'assurer une participation volontaire et pour pas que les étudiants se sentent contraints de participer à l'enquête, les enquêteurs n'étaient pas présents durant le recrutement et la collecte de données. Un étudiant assistant formé à la recherche a expliqué l'étude à tous les participants et a distribué et récolté les questionnaires. Pour minimiser les biais de désirabilité sociale dans les réponses des participants, tous les questionnaires ont été remplis de manière anonyme et les consentements écrits n'ont pas été obtenus. Les consentements ont été supposés si les étudiants ont rempli le questionnaire et l'ont retourné à étudiant assistant.</p>

	<p>Méthode de récolte des données : L'outil de récolte de données utilisé dans cette étude est un questionnaire comportant trois volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La première partie consistait à évaluer les attitudes des participants envers les personnes obèses en utilisant la forme courte de l'échelle <i>Fat Phobia</i> (F-scale = la phobie du gras). Cette échelle est composée de 14 paires d'adjectifs communément utilisés pour décrire les personnes obèses ou grasses qui doivent être classés sur une échelle de cinq points. L'échelle <i>F-scale</i> se manifeste comme les attitudes négatives et les perceptions stéréotypées des personnes obèses. (Robinson et al, 1993). Le plus haut score représente une phobie du gras importante et donc des attitudes négatives envers les personnes obèses. Les auteurs de l'échelle ont précisé qu'un score de 3,1 (sur un total de 5) représente une phobie moyenne et un score de 4,4 indique un niveau élevé de phobie. ▪ La deuxième partie consistait à évaluer les attitudes des participants envers la prise en charge et les soins aux patients adultes souffrant d'obésité à l'aide de l'Echelle des Attitudes envers les Patients Adultes Obèses (Attitudes Toward Obese Adult Patient Scale (ATOAP)). Cette échelle évalue les accords des participants par rapport aux 15 déclarations formulées négativement à l'aide de l'échelle de Likert composée de 5 points avec des réponses allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Les scores les plus élevés représentent les attitudes les plus négatives. ▪ La troisième partie du questionnaire consistait à inclure des données sociodémographiques basiques des participants ; âge, sexe, taille, poids, l'année de formation, les expériences cliniques et les domaines d'expériences pratiques. <p>La majorité des items du questionnaire était écrite en anglais et les adjectifs de l'échelle <i>F-scale</i> ont été traduits en chinois.</p> <p>Méthode d'analyse des données : Les statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les réponses à tous les items du questionnaire. L'analyse statistique a été réalisée pour évaluer les associations entre le statut professionnel des répondants (élève infirmière vs infirmière diplômée), le sexe et l'IMC personnel et leurs attitudes. Les scores des échelles <i>F-scale</i> et <i>ATOAP scale</i> ont été comparés en utilisant le <i>Student's t-test</i> pour les groupes indépendants. Le niveau de significativité de 0.05 a été utilisé tout au long de l'analyse statistique. Toutes les analyses de données ont été effectuées à l'aide de STATA version 9.2.</p>
Résultats	<p>Les attitudes des participants envers les personnes obèses:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La majorité des participants dans les deux groupes (60,5% et 88.3%) a estimé que les personnes obèses qui appréciaient la nourriture étaient plus susceptibles de trop manger, de ne pas être en forme, qu'elles étaient lentes et de ce fait peu attrayantes. ▪ Une comparaison des attitudes des étudiantes en soins infirmiers et des infirmières diplômées a révélé que les infirmières diplômées avaient des perceptions plus négatives envers les personnes obèses. ▪ Les deux groupes de participants percevaient les personnes obèses comme paresseuses, non-attractives et aimant la nourriture. <p>Les attitudes des participants envers les patients adultes obèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les réponses des participants ont indiqué que la plupart ne se sent pas mal à l'aise (52,6%), impatient (65,1%) ou

	<p>dégouté (70,6%) quand ils s'occupent des patients obèses. Ils estiment avoir de l'empathie (61,6%) et ne perçoivent pas les patients obèses comme plus demandeurs (55,2%).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La plupart des participants n'est pas d'accord de dire que les infirmières préfèrent ne pas prendre en charge les patients obèses (54,2%). ▪ La majorité des participants (53,8%), a cependant, convenu que les adultes obèses devraient être soumis à un régime à l'hôpital et près de la moitié (47,1%) trouve que prendre soin des patients obèses est physiquement épuisant. ▪ Bien que seulement 8,1% des participants étaient d'accord pour dire que prendre en charge un adulte obèse était répugnant, seulement 31,3% était en désaccord et 60,6% a choisi l'option neutre. ▪ Dans l'échelle ATAOP, les infirmières diplômées étaient significativement plus susceptibles d'être d'accord que la prise en charge des patients obèses était physiquement épuisante ($p = <0,001$), inconfortable ($p = <0,001$), stressante ($p = <0,001$), répugnante ($p = 0,02$) et dégoûtante. ▪ Les participants avec un IMC normal avaient plus d'attitudes négatives en général envers les patients adultes obèses que ceux avec un IMC élevé, mais la différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,08$).
Discussion	<p>De nombreuses études ont examiné les attitudes de différents professionnels de la santé y compris les infirmières, envers l'obésité. Les attitudes envers les personnes obèses peuvent affecter les soins prodigués aux patients obèses et avec une évolution de la prévalence d'obésité en Asie, cette étude fournit une contribution utile à la littérature de recherche.</p> <p>Une comparaison des réponses sur les deux échelles montre que les étudiants en soins infirmiers et les infirmiers diplômés ont en général des attitudes négatives envers les personnes obèses. Par contre leur attitude envers la prise en charge des patients obèses est largement neutres. Une possible explication de cette contradiction entre les réponses des participants dans les deux échelles serait que même si les participants de Hong Kong détiennent des attitudes négatives envers les personnes obèses en général, ils ne laissent pas cette attitude affecter la manière dont ils prodiguent des soins aux patients obèses.</p> <p>D'autres études similaires, démontrent que la majorité des infirmières est d'accord pour dire que l'obésité est largement une question de style de vie et que les patients devraient diminuer leur poids avec une diète durant leur hospitalisation. Ces points de vue ne tiennent pas compte de la complexité de l'obésité et de l'échec de la plupart des mesures diététiques sensées aider les personnes obèses à perdre du poids (Taubes, 2007). Des études ont montré que souvent les personnes obèses ne consomment pas un nombre plus important de calories que les personnes minces (National Research Council Committee on Diet and Health, 1989). Aussi, l'effet de l'exercice régulier sur la perte de poids a été interrogé par les chercheurs (Pi-Sunyer et Woo 1985 Stern et Lowney 1986 Segal et Pi-Sunyer, 1989).</p> <p>Perspectives :</p> <p>À l'avenir, le taux d'obésité va continuer de croître dans le monde entier. Comme les personnes obèses sont disproportionnellement affectées par de nombreux problèmes de santé, il y aura aussi un nombre croissant de patients à travers tous les paramètres de soins de santé. Ainsi, il est important que les futures infirmières développent des attitudes professionnelles positives à l'égard des personnes obèses.</p>

	<p>Les attitudes négatives des infirmières sont susceptibles d'être facilement détectées par les patients obèses (Garner et Nicol, 1998), ce qui peut avoir un impact défavorable sur la relation soignant-soigné et peut sérieusement faire augmenter la stigmatisation et la mauvaise image corporelle qui accompagne souvent l'obésité (Puhl et Brownell, 2001).</p> <p>De plus, les perceptions des attitudes négatives des infirmières peuvent donner lieu à un traitement de non-conformité en plus de compliquer les résultats des soins.</p> <p>Les résultats de l'étude démontrent l'urgente nécessité d'aborder convenablement les questions entourant l'obésité, autant dans les programmes de formation de base en soins infirmier que dans la formation professionnelle continue. Il ressort de ce qui précède que l'obésité n'est pas perçue comme un problème de santé majeur et est toujours négligée dans l'éducation en soins infirmiers.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <p>La présente étude a quelques limites qui peuvent affecter la généralisation des résultats.</p> <p>L'échantillon a été choisi parmi un département universitaire en sciences infirmières à Hong Kong. Bien que les infirmières et infirmiers diplômés de l'étude représentent des domaines de pratiques et cliniques différentes à travers Hong Kong, la généralisation à la grande population des étudiants en soins infirmiers doit être faites avec prudence.</p> <p>De plus, il y avait une petite proportion (12,2%) de l'échantillon de personnes en surpoids et de personnes obèses. Ce qui peut avoir une incidence sur l'analyse des attitudes des participants en fonction de leur IMC personnel.</p> <p>Les auteurs ne pouvaient pas exclure la possibilité que le biais de désirabilité sociale affecte les résultats. Étant donné que tous les participants à cette étude sont des infirmières diplômées ou sont en train de le devenir, il est possible qu'un certain niveau de partialité affecte leurs réponses. En effet, en raison de leur formation professionnelle, elles peuvent être réticentes, même de façon anonyme, à exprimer des attitudes très négatives envers l'obésité et en particulier envers les patients obèses.</p>
<p>Critiques personnelles et méthodologiques</p>	<p>Cette étude nous semble pertinente dans l'élaboration de notre travail car elle apporte une fois de plus une vision sur une autre population stigmatisée dans le milieu des soins et particulièrement par les infirmières. Grâce à l'utilisation de différentes échelles, nous pouvons voir les différentes qualifications surtout négatives que les professionnels donnent aux personnes souffrant de ce type de stigmatisme. Malgré le fait que cette enquête n'a pas été faite dans un pays européen, dans ses résultats, elle fait souvent référence à d'autres études faites dans des pays comme le Canada où le domaine de la recherche dans les soins est très développé. Cette étude donne donc des perspectives intéressantes pour la pratique professionnelle.</p> <p>Critiques méthodologiques : Cette étude utilise un anglais très accessible, ce qui amène une certaine fluidité dans la lecture et la compréhension de l'étude. La présente étude respecte de manière rigoureuse les critères méthodologiques.</p>

